

Registros médicos y/ o formulario de autorización de liberación de información de facturación

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido: _____	Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____	SSN (last 4): _____
Dirección 1: _____	Teléfono No: () _____
Ciudad, Estado: _____	Código postal: _____

Yo, el paciente mencionado anteriormente, por la presente reconozco y doy autorización para la divulgación y divulgación de registros médicos y / o información defacturación, de la siguiente manera:

DIVULGAR REGISTROS PARA / OBTENER REGISTROS DE

Individual o Nombre completo de la entidad: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono No: _____ () _____

Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

Fecha(s) de Servicio:	De:	Para:
Información que debe divulgarse: <input type="checkbox"/>	Documentos del médico (por ejemplo, notas de progreso, notas de resumen de alta, órdenes del médico) <input type="checkbox"/>	Resultados de laboratorio/prueba (por ejemplo, pruebas de laboratorio, ECG) <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Registro(s) de inmunización <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Informes de radiología/imágenes <input type="checkbox"/> Registros de facturación

PROPÓSITO DE DIVULGACIÓN

Divulgación para el propósito: Uso personal Seguro/Discapacidad Abogado Otro: _____

FORMATO DE ENTREGA

Entregar registros médicos / información de facturación por:

Entrega electrónica segura

Entrega de correo

Entrega segura por fax



Por mi firma, entiendo que la cuestión de la privacidad entre MD Now Medical Centers, Inc., mi médico tratante, otros médicos, otras partes enumeradas y el paciente está exenta. Entiendo completamente que mi registro médico o información de facturación mantenida en relación con la(s) fecha(s) de servicio desde el inicio hasta hoy puede contener información de historial, diagnóstico y tratamiento. Entiendo que después de que el custodio de los registros divulgue mi información de salud, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

Por mis iniciales, reconozco la divulgación de información de salud protegida confidencial que incluye lo siguiente:

- _____ Información sobre una enfermedad mental o discapacidad del desarrollo
- _____ Información sobre las pruebas o el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), incluido el hecho de que se ordenó, realizó o informó una prueba de VIH, independientemente de si los resultados de dichas pruebas fueron positivos o negativos.
- _____ Información sobre enfermedades transmisibles
- _____ Información sobre enfermedades venéreas y/o infecciones de transmisión sexual
- _____ Información sobre el abuso de sustancias, incluyendo alcohol o drogas
- _____ Información sobre las pruebas genéticas
- _____ Información sobre el abuso y la negligencia infantil
- _____ Información sobre el abuso de un adulto con una discapacidad
- _____ Información sobre abuso/violencia doméstica
- _____ Información sobre agresión sexual
- _____ Información sobre la inseminación artificial

Cualquier registro médico o información de facturación autorizada para ser divulgada en virtud del presente son privilegiados y confidenciales y pueden divulgarse solo con mi autorización, excepto según lo exija la ley. Una vez que esta información ha sido revelada a la parte autorizada anteriormente, reconozco que puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, y mi privacidad ya no puede estar protegida. Sólo los registros o la información que se crea necesaria para el propósito expresado serán divulgados y divulgados. Puedo inspeccionar y organizar fotocopias del registro que se divulguen. Si me niego a firmar esta autorización, mi registro médico no será divulgado, excepto según lo exija la ley. Además, entiendo que mis registros pueden no haber sido revisados por el proveedor y, por lo tanto, pueden no considerarse como registros completos y completos para fines legales. En caso de que requiera una copia legalmente verificada y completa de mis registros, haré que mi médico o representante legal presente una solicitud de dichos registros por escrito, junto con el consentimiento para la divulgación de los registros médicos para cumplir con las regulaciones de HIPAA.

Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha firmada, o hasta ___/___/___ . Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento (excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a esta autorización) presentando una solicitud de revocación al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que el tratamiento o el pago no pueden estar condicionados a que firme esta autorización, excepto en ciertas circunstancias, como la participación en programas de investigación o la autorización de la publicación de los resultados de las pruebas para fines previos al empleo.

Al firmar a continuación, represento y garantizo que tengo autoridad para firmar este documento y autorizar el uso o la divulgación de información protegida de salud y facturación y que no hay reclamos u órdenes pendientes o en vigor que prohíban, limiten o restrinjan mi capacidad de autorizar el uso o la divulgación de esta información de salud o facturación protegida.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Imprimir nombre: _____ **Teléfono No.:** _____

Relación con el paciente: Propio Otro: _____

Registros médicos y/o información de facturación Instrucciones de envío del formulario de autorización de liberación

Envíe el formulario completo al Departamento de Registros Médicos utilizando 1 de los 3 métodos:

1. Electronamente enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: MRecords@mdnow.com; Compliance@mdnow.com
2. Envío de In formato de copia impresa a la siguiente dirección:
MD Now Atención Urgente
2007 Palm Beach Lakes Blvd
West Palm Beach, FL 33409
3. Envío al siguiente número de fax: (866) 708-4298