Autorización para Revelación Información

NOMBRE DEL PACIENTE

_____

Apellido Primer nombre Inicial Otro apellido

FECHA DE NACIMIENTO: _____-_____-_____ SS#: _____-_____-_____ REGISTRO MÉDICO #_____
mes día año

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____CÓDIGO_____

TELÉFONO DE DÍA: _____ TELÉFONO DE NOCHE_____

Por este medio autorizo a Amber Hill Physical Therapy a facilitar la información de mi registro médico como indicado abajo:

NOMBRE _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO:_____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

INFORMACIÓN PARA SER FACILITADA:

FECHAS:

- ❑ Evaluación inicial _____
- ❑ Notas del progreso _____
- ❑ Archivos de facturas _____
- ❑ Otro: _____ _____
  _____ _____

OBJETIVO DE REVELACIÓN: ❑ Cambio de médicos ❑ Consulta/Segunda Opinión ❑ Continuación de cuidado
❑ Legal ❑ Escuela ❑ Seguro ❑ Compensación de Trabajadores
❑ Otro (por favor especifique):
_____

1. Yo entiendo que esta autorización expirará en _____ (Escriba en la fecha que esta forma expira).

2. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la organización que provee el servicio, y será efectiva en la fecha notificada, excepto al grado que la acción ya ha sido tomada dependiendo de ello.

3. Yo entiendo que la información usada o revelada de acuerdo con esta autorización puede ser sujeta a una nueva revelación por el recipiente y ya no va a ser protegida por las regulaciones Federales de Privacidad.

4. Yo entiendo esto si estoy requerido a que Amber Hill Physical Therapy revele esta información por el propósito de :
   _____
   _____
   a. Mi asistencia médica y pago para mi asistencia médica no serán afectados si no firmo esta forma.
   b. Yo entiendo que yo puedo ver y copiar la información descrita en esta forma si lo pido, y que conseguiré una copia de esta forma después de que la firme.
   c. Yo he sido informado que Amber Hill Physical Therapy ❑ recibira/ ❑ no recibirá la compensación financiera o pago en especie a cambio de la utilización o revelación de la información de salud descrita arriba.

5. Yo entiendo que conforme al estatuto de Maryland, pagaré un honorario de $17.90 más $0.59 centavos por página. No hay ningún cargo por archivos médicos si las copias son enviadas a las localidades para cuidado continuo o tratamiento sucesivo.

_____ _____ OR _____ _____
FIRMA DE PACIENTE FECHA PADRE/MADRE/GUARDIAN/PERSONA AUTORIZADA FECHA

_____ _____ _____
ARCHIVOS RECIBIDOS POR FECHA RELACIÓN CON EL PACIENTE

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

FECHA QUE LA PETICIÓN SE LLENÓ: _____POR:_____

IDENTIFICACIÓN PRESENTADA: _____ HONORARIOS RECIBIDOS: $ _____