

AUTORIZACIÓN HIPAA PARA LA TRANSMISIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Este formulario es para que un paciente solicite la liberación y transmisión de sus registros médicos cuando dicha autorización es requerida y cumple con las Normas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

Información del paciente:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ NSS: _____

Dirección: _____

I. Mi autorización

Autorizo y solicito a Integrated Pain Management Medical Group, Inc.

utilizar y divulgar la siguiente información de salud (marque todo lo que corresponda).

- Notas de progreso médico
- Informes operativos
- Resultados de pruebas de laboratorio
- Resultados de pruebas psicológicas
- Todas las notas clínicas creadas por IPM en el transcurso de mi tratamiento médico

La parte anterior puede transmitir esta información de salud al siguiente destinatario (si solicita sus propios registros, ingrese su información):

Nombre (o título) y organización _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Fax _____ Correo electrónico _____

Autorizo que los registros se transmitan a la parte anterior a través de:



Correo electrónico (gratuito)

Fax (gratuito)

Correo físico

II. Mis derechos

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan hecho usos o divulgaciones basadas en mi permiso original. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarla a la parte de divulgación apropiada.

Entiendo que los usos y divulgaciones ya realizados sobre la base de mi permiso original no se pueden recuperar.

Entiendo que es posible que la información utilizada o divulgada con mi permiso pueda ser revelada de nuevo por el destinatario y ya no esté protegida por los Estándares de Privacidad HIPAA.

Entiendo que el tratamiento por parte de cualquier parte puede no estar condicionado a mi firma de esta autorización (a menos que se busque tratamiento sólo para crear información de salud para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener el derecho de negarme a firmar esta autorización.

Para autorizar la transmisión de sus registros médicos, firme tres veces, donde se indica en amarillo, a continuación. Si no firma en las tres ubicaciones, esto resultará la terminación de una solicitud.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Si el paciente es menor de edad o no puede firmar, complete losiguiente:

- El paciente es menor de edad: _____ años de edad

- El paciente no puede firmar porque: _____

Firma del Representante Autorizado: _____

Fecha: _____

Imprima el nombre del representante autorizado: _____

Autoridad del representante para firmar en nombre del paciente:

- P/Madre - Tutor Legal - Orden judicial - Otro: _____

III. Consentimiento adicional para ciertas condiciones

Este registro médico puede contener información sobre **abuso físico o sexual, alcoholismo, abuso de drogas, enfermedades de transmisión sexual, aborto o tratamiento de salud mental**. Se debe dar un consentimiento separado antes de que esta información pueda ser divulgada.

- Consiento que se publique la información anterior.

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____

IV. Consentimiento adicional para el VIH/SIDA

Este registro médico puede contener información sobre **las pruebas del VIH y/o el diagnóstico o tratamiento del SIDA**. Se debe dar un consentimiento separado para que esta información sea divulgada.

- Consiento que se publique la información anterior.

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____

Envíe esta solicitud completada (firmada tres veces, arriba) a medicalrecords@ipmdoctors.com.
Recibirá sus registros médicos por fax o correo electrónico en un plazo de 10 días hábiles.