

Enviar solicitud de registro a:

Primary Health Solutions - Medical Records
300 High Street - 3rd Floor
Hamilton, Ohio 45011
Office: 513-454-1115
Fax: 513-737-1592



Comunicado de los Registros Médicos

Autorización de liberación de registros médicos para el uso y la divulgación de información de salud protegida (PHI)

Esta Autorización es de acuerdo a las leyes federales de privacidad.

La información de la paciente: (favor de imprimir).

Apellido: _____ Nombre : _____ Segundo Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Telefono: _____ Email : _____
Di recion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Yo, la persona identificada arriba, por la presente autorizo la divulgacion de mi PHI como se indica (Identificación de la persona/entidad/grupo y lista de direcciones):

De: _____
A (Nombre/Proveedor/Practica): _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Telefono: _____ Fax: _____

Entiendo que esta Autorización es voluntaria y que puede incluir información relativa con el SIDA, la infección por el VIH, servicios de salud mental/deatencion psiquiatrica y el tratamiento para el alcohol y/o abuso de drogas. Yo entiendo que si la persona/entidad que recibe mi información de salud protegida no está cubierto por los Rglamentos Federales de Privacidad, el PHI descrito a continuación pueden ser re-divulgada por dicha persona o entidad. Yo entiendo que es posible que se nieguen a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para beneficios a menos que el tratamiento es con fines de investigación o a menos que el suministro de tratamiento está vinculada únicamente a la divulgación de su PHI a mi tercer partido como cuando es solicitado por mi

Información de Salud Protegida (PHI) para ser utilizada o divulgada (La casilla o casillas):

- Oficina visitas/historia y examen físico
- Los informes de laboratorio
- Reportes de las Consultas PHS
- Radiologia/Reportes de Diagnostico
- Otra Cosa: _____

Esta autorización cubre los siguientes períodos de healthcare, Desde: ___/___/___ y ___/___/___

Esta información está siendo divulgada para los siguientes fines:

- Cambio Doctores
- Cuidados Continuos
- Solicitud del Paciente
- Compensacio a los Trabajadores
- Segunda opinio
- Legal
- Seguro
- Escuela
- Discapacidad
- Otra Cosa _____

Entiendo que yo / mi representante legal puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización o de acuerdo con la ley. La revocación por escrito debe enviarse a los registros médicos en 300 High Street, 4th Floor, Hamilton, OH 45011.

Esta autorización caducará en 60 días, a menos que se especifique lo contrario: _____

Certifico que he leído las disposiciones enunciadas en la presente autorización. Entiendo y estoy de acuerdo con sus términos:

Los pacientes firma: _____ Fecha: ___/___/___

- USTED DEBE RECIBIR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE LA FIRMA -

Si firma como representante legal de una persona, leer y firmar a continuación:

I, _____certifica y atestiguar que soy el representante legal debidamente autorizado de _____y tengo la autoridad legal con respecto al uso y/o divulgación de información protegida de la salud de esas personas para los fines establecidos en este documento.

La firma: _____ Fecha: ___/___/___

SÓLO PARA EL USO DE LOS PERSONAL

Fecha solicitud recibida: ___/___/___ Firma del Empleado: _____ Identificación verificada