

Autorización para Divulgar Información para el Paciente

Paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del Médico: _____

Nombre del Hospital: _____

Nombre de la empresa o personas autorizadas para recibir información:

Fechas de Hospitalización: _____ to _____

Se solicita a los siguientes elementos de la historia clínica del paciente (por favor marque todas las que apliquen) :

<input type="checkbox"/> Todo Medical Record	<input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Fisioterapia Notas
<input type="checkbox"/> Información Demográfica	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Otros (especificar)
<input type="checkbox"/> Historia y Física	<input type="checkbox"/> Resultados de la prueba (laboratorio , X-Ray, etc.)	<input type="checkbox"/> Other (specify)
<input type="checkbox"/> Medicina / Historia quirúrgico	<input type="checkbox"/> Otras Evaluaciones	<input type="checkbox"/> Other (specify)
<input type="checkbox"/> Visitas al Médico	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Other (specify)

Propósito de la solicitud de registros (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Solicitud de individual	<input type="checkbox"/> Cambio de Doctor	<input type="checkbox"/> Jurídico
<input type="checkbox"/> Remisión al especialista	<input type="checkbox"/> Seguros	<input type="checkbox"/> Otros (especificar)
<input type="checkbox"/> Cuidado Continuo	<input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador	<input type="checkbox"/> Otros (especificar)

El abajo firmante autoriza al hospital antes mencionado para proporcionar a las personas nombradas anteriormente con una copia de cualquier o todos los registros, documentos, informes, resúmenes clínicos, historias y gráficos, o todo tipo y descripción, en relación con lo anterior descrito hospitalización. Se entiende que se proporcionará la copia de los registros de la empresa designada o individuo sólo previo pago de la tasa razonable por la reproducción de los registros. En desarrollo de esta autorización, por la presente renuncio a todas las disposiciones de la ley y privilegios relacionados con las revelaciones autoriza.

Paciente

Si el paciente no está en condiciones de dar su consentimiento por razones de edad o algún otro factor, motivación:

Testigo

Firma del Representante Legalmente Autorizado

Relación con el Paciente

Información de Contacto: Teléfono / Fax

Información de Contacto: Email

Esta solicitud en ser presentada por:

- Email: info@cochiseregionalhospital.org

Por favor, confirme la información sobre el método de entrega es preferida:

- USPS Mail: Dirección completa debe ser proporcionada a continuación:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

- Fax: _____

- Email: _____