LAKEWOOD MEDICAL PARTNERS

La Autorización para Divulgar Información Médica a Lakewood Medical Partners

Yo, _____, por el cual autorizo Sierra Providence Medical Partners, a impartir la siguiente información por

☐ Correo Electrónico ☐ Fax ☐ Oralmente a:

Nombre: _____
(Nombre de la persona cuyo registro será divulgada) (Número de Seguro Social)

Dirección: _____

Ciuda, Estado, Codigo Postal: _____

Telephono ó Fax: _____

Recor de salud de: _____ _____

Para el proposito de: _____

Mi autorización se extiende únicamente a los elementos/documentos marcados a continuación:

Todos los registros

☐ Declaraciones de gastos o pagos
☐ Registros de todas las visitas
☐ Información de SIDA o VIH
☐ Historia y examen físico
☐ Recors de visita para una fecha determinada(s).
Espesifique las fechas exactas o se limitan a:_____
☐ Toma Nota de los Progresos
☐ Aprobación de la Gestión Resumen
☐ Informes de Consulta
☐ Información de Hepatitis
☐ Las fotografías, cintas de vídeo, digitales, u otras imágenes
☐ Copias de registros o informes previstos para el distribuidor antes mencionado (es decir, hospital, laboratorio, clínica, etc)
☐ Tratamiento de salud mental o abuso de alcohol y drogas
☐ Otros (sea específico): _____

Esta autorización se da libremente en el entendimiento de que:

1. Cualquier o todo registro, ya sea escrita, oral, o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización previa y por escrito, exepto contraria de la ley.
2. Una fotocopia o fax con autorización es tan válida como esta original.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, exepto cuando esta información ya ha sido publicada.
4. Lakewood Medical Partners, sus empleados, funcionarios, y los médicos tienen autorizacion de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad para la recepción informativa anterior en la medida indicada y autorizada en el mismo.
5. La información utilizada o revelada de conformidad con la autorización podrá ser objeto de revelación por parte del receptor y no podrán ser protegidos por esta norma.
6. Tratamiento, pago de inscripción, o elegibilidad para recibir beneficios no puede ser condicionada a la obtención de esta autorización.
7. Al paciente se le entregara una copia de la autorización.

_____ _____
Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

_____ _____
Paciente / Firma Legal del Representante Fecha

_____ _____
Relación con el Paciente Fecha de Caducidad de la Autorización

_____ _____
Testigo Fecha