

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Por favor, de anotar los nombres que usted a utilizados anteriormente: _____

Por favor de completar todas las áreas para poder procesar su solicitud. Se le solicita esta autorización para cumplir con la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

TrueCare™

Attn: HID

4056 Calle Platino

Oceanside, CA 92065

Fax: 877-279-1995

Por el presente autorizo a (marque una opción):

☐ Opción 1: TrueCare™ obtendrá-recibirá copias de su archivo médico. Nombre de institución/proveedor/persona: _____ Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____ Teléfono: _____ Fax #: _____ Método Preferido: ☐ Correo ☐ Fax	☐ Opción 2: TrueCare™ enviara copias de su archivo médico. Nombre de institución/proveedor/persona: _____ Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____ Teléfono: _____ Fax #: _____ Método Preferido: ☐ Recoger ☐ Correo ☐ Fax	☐ Opción 3: Un Proveedor/a de TrueCare™ podrá comunicar verbalmente mi información de salud con: Nombre de institución/proveedor/persona: _____ Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____ Teléfono: _____ Fax #: _____
--	---	---

INFORMACIÓN A DIVULGAR (Marque todo lo que aplique)	Fecha de servicio desde: ____ / ____ / ____ to ____ / ____ / ____. Mes Día Año Mes Día Año Si no se especifica fecha, solo se divulgarán los 6 meses previos. ☐ Información médica general: Lista de problemas, vacunas, notas de progreso, laboratorios y resultados radiológicos. ☐ Solo Documentos prenatale Resultados/informe: ☐ Colonoscopia ☐ Densitometría ósea ☐ Información sobre facturas. ☐ Vacunas ☐ Mamografía ☐ Papanicolaou ☐ Otro (especifique, p. ej., hospital, sala de emergencias, etc.): _____		
INFORMACIÓN SENSIBLE	Información confidencial no se divulgará a menos que usted nos lo indique con su iniciales en las siguientes opciones: <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Iniciales ☐ ____ Información sobre el tratamiento de salud mental ☐ ____ Notas de progreso psiquiátrico ☐ ____ Notas de terapia </td> <td style="width: 50%;"> Iniciales ☐ ____ Laboratorio ☐ ____ Resultados de la prueba de VIH ☐ ____ Información sobre el tratamiento por alcohol/drogas </td> </tr> </table>	Iniciales ☐ ____ Información sobre el tratamiento de salud mental ☐ ____ Notas de progreso psiquiátrico ☐ ____ Notas de terapia	Iniciales ☐ ____ Laboratorio ☐ ____ Resultados de la prueba de VIH ☐ ____ Información sobre el tratamiento por alcohol/drogas
Iniciales ☐ ____ Información sobre el tratamiento de salud mental ☐ ____ Notas de progreso psiquiátrico ☐ ____ Notas de terapia	Iniciales ☐ ____ Laboratorio ☐ ____ Resultados de la prueba de VIH ☐ ____ Información sobre el tratamiento por alcohol/drogas		

Complete la página 2 →

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD	☐ Atención especializada/Cuidado Continuo ☐ Traslado a otra área ☐ Otra cosa _____	☐ Cambio de proveedor de atención primaria ☐ Legal
DERECHOS DEL PACIENTE	• Puedo examinar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o divulgación me solicitan. Deseo recibir una copia de mi información médica: ☐ Sí Inicial: _____ • Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentarlo en la siguiente dirección: TrueCare™, 4056 Calle Platino, Oceanside, CA 92065. Mi revocación entrara en efecto al momento de su recibimiento, excepto al grado que otros han actuado en virtud de la presente Autorización. • Puede que se me cobre por copiar mis registros médicos y de facturación. El costo es \$0.25 por página hasta \$15 por registro para solicitudes de los pacientes. Las solicitudes de registros dentro de los últimos 2 años de servicio serán gratis.	
FIRMAS REQUERIDAS	Firma del paciente/representante legal: _____ Fecha: _____ Esta autorización expirará un año a partir de la fecha en que se firme la Autorización, a menos que sea revocada por escrito antes de esa fecha. Nombre del representante legal: _____ Relación con el/la paciente?: _____ Si es firmado por una persona que no es el paciente, indique la relación y autoridad para actuar en nombre del paciente.	

TRUECARE™ USE ONLY

Print Staff Name: _____ **Date:** _____ **Location:** _____

Clinic: Indicate how the request was addressed	Records to be Released ☐ Records given to the patient ☐ Forward to HID to complete request	Requesting Outside Records ☐ Faxed request to outside entity, records received ☐ Faxed request to outside entity, records not received, HID to follow-up. ☐ Forward request to HID to complete request
--	---	--

For updates on ROI status, check tasks (Task type: Image, Description: Release of Records).