



AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Enumere todos los nombres anteriores/otros utilizados: _____

Complete todos los campos siguientes. Es posible que se requiera documentación adicional para procesar su solicitud. Se le solicita esta autorización para cumplir con la Regla de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

TrueCare™
Attn: HID
4056 Calle Platino
Oceanside, CA
92056
Fax: 877-279-1995

Autorizo a:

TrueCare™ a obtener una copia de los registros de:

Nombre del centro/médico/persona: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal

Teléfono: _____

Fax: _____

Método de contacto preferido:

Correo Fax

INFORMACIÓN POR DIVULGAR (Marque todo lo que corresponda)

Para fechas de servicio: ____/____/____ a ____/____/____.
Mes Día Año Mes Día Año

Si no se especifica fecha, solo se divulgarán los 6 meses anteriores.

Información general de salud: Lista de problemas, vacunas,
notas de progreso, análisis de laboratorios y resultados radiológicos.

**Registros prenatales
solamente**

Resultados/informe: Colonoscopia Densitometría ósea Vacunas
 Mamografía Papanicolaou

Registros de facturación

Otros (especificar, p. ej. hospital, sala de emergencias, etc...):

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

La información confidencial **NO SE DIVULGARÁ** a menos que nos lo indique con sus iniciales a continuación:

Iniciales	Iniciales
<input type="checkbox"/> _____ Información de tratamiento de salud mental	<input type="checkbox"/> _____ Análisis de laboratorio
<input type="checkbox"/> _____ Notas de progreso psiquiátrico	<input type="checkbox"/> _____ Resultados de pruebas de VIH
<input type="checkbox"/> _____ Registros de tratamiento de alcohol/drogas	

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD (Opcional)	<input type="checkbox"/> Atención de especialidades/Continuidad de la atención (PCP) <input type="checkbox"/> Cambio de proveedor de atención primaria <input type="checkbox"/> Relocalización a una nueva área <input type="checkbox"/> Abogado/Legal <input type="checkbox"/> Otro _____
DERECHOS DEL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Puedo revisar u obtener una copia de la información de salud que se me solicita permitir usar o divulgar. Me gustaría recibir una copia de mi información de salud: <input type="checkbox"/> Sí Iniciales: _____ • Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección: TrueCare™, 4056 Calle Platino, Oceanside, CA 92065. La cancelación tendrá vigencia a partir de la recepción, excepto hasta el alcance de lo actuado por otras personas es relación con esta autorización.
FIRMAS REQUERIDAS	<p>Firma del paciente/tutor legal/representante: _____</p> <p>Fecha: _____</p> <p>Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se firme, a menos que se cancele por escrito antes de esa fecha.</p> <p>Nombre del tutor legal/representante: _____</p> <p>Relación: _____</p> <p>Si lo firma una persona que no es el paciente, declare la relación y la autoridad para actuar en nombre del paciente:</p>

SOLO PARA USO DE TRUECARE™

Nombre y apellido del personal: _____ Fecha: _____ Lugar: _____

Clínica: Indique cómo se dirigió la solicitud	Registros por divulgar <input type="checkbox"/> Registros entregados al paciente <input type="checkbox"/> Reenviar a HID para completar la solicitud	Solicitud de registros externos <input type="checkbox"/> Solicitud enviada por fax a una entidad externa, registros recibidos <input type="checkbox"/> Solicitud enviada por fax a una entidad externa, registros no recibidos, HID para seguimiento. <input type="checkbox"/> Reenviar solicitud a HID para completar la solicitud
---	---	--

Para obtener actualizaciones sobre el estado de ROI, verifique las tareas (tipo de tarea: imagen, descripción: divulgación de registros)