



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

400 S. Melrose Drive, Suite 200

Vista, CA 92081

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

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

Registros de facturación

Mamografía Papanicolaou

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
 _____ Información de tratamiento de salud mental _____ Análisis de laboratorio

_____ Notas de progreso psiquiátrico _____ Resultados de pruebas de VIH

_____ Registros de tratamiento de alcohol/drogas

Complete la página 2 →

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

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD	<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™, 400 S. Melrose Drive, Suite 200, Vista, CA 92081. 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>

TRUECARE™ USE ONLY

Print Staff First & Last Name: _____ **Date:** _____ **Location:** _____

Clinic: Indicate how the request was addressed	Requesting Outside Records <input type="checkbox"/> Faxed request to outside entity, records received. <input type="checkbox"/> Faxed request to outside entity, records not received, HID to follow-up. <input type="checkbox"/> Forward to HID to complete request.
--	---

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