



Acreditada por AIUM en ecocardiograma y ultrasonido obstétrico y fetal

6266 Poplar Memphis, TN 38119
Consultorio 901-682-2595 Fax 901-682-2549

Roy Bors-Koefoed, M.D.
Christy Smith, W.H.N.P., MSN
Shelia Thomas, F.N.P.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

(Importante: debe completar todas las secciones.)

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: () _____

_____ N.º de Seguro Social: _____

Revelación de: _____ Revelación para: _____

Tipo específico de información que se revelará: cualquier/todos los expedientes Informes de diagnóstico
 Resultados de laboratorio Notas de la historia médica Notas de la consulta Notas de nivel operativo Otros
_____ Para el rango de fechas: _____ al: _____

(Si no se especifica un período de tiempo, se publicará el registro de los 5 años anteriores)

Propósito de la revelación: Traslado de atención médica. Motivo: _____
 Discapacidad Compensación de los trabajadores Seguro Social Seguro
 Solicitud del abogado Otros: _____

Hay una tarifa mínima de \$20.00 por la revelación de expedientes médicos y la paciente debe pagarla antes de recibir los expedientes. Para expedientes de más de veinte (20) páginas, puede haber un cargo adicional de \$0.50 por página, por cada página que exceda las primeras veinte (20) páginas.

Entiendo que mis expedientes médicos pueden contener información **relacionada con enfermedades transmisibles e información de infecciones** según lo define la ley y el **Departamento de Normas de Salud Pública** (incluyendo enfermedades venéreas "VD", tuberculosis "TB," hepatitis (cualquier forma), virus de inmunodeficiencia humana "VIH", síndrome de inmunodeficiencia adquirida "SIDA" y el SIDA relacionado con el complejo "ARC"; **información sobre el tratamiento de abuso de drogas o alcohol** protegida según las normas el Código de Reglamentos Federales 42, parte 2; y **expedientes de tratamiento de salud mental**, información de **servicios psicológicos o servicios sociales**, incluyendo las comunicaciones hechas para o por un trabajador social, psicólogo o psiquiatra.

Entiendo que tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo presentar la revocación por escrito al director de Privacidad. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización. A menos que se revoque, esta autorización vencerá después de un (1) año.

Entiendo que la autorización para la revelación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario que firme este formulario para garantizar el tratamiento. Entiendo que puedo revisar u obtener copias de la información que se usará o revelará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier revelación de información implica la posibilidad de una revelación no autorizada, y la información podría ya no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Entiendo que puedo pedir una copia de esta autorización. Si tengo preguntas sobre la revelación de mi información médica, puedo comunicarme con la oficina de Privacidad en el lugar donde ocurrió la revelación.

Firma de la paciente o representante legal

Fecha

Si lo firma el representante legal, qué relación tiene con la paciente