



Health Information
Management Department
155 Crystal Run Road
Middletown, NY 10941
845-703-6999

61 Emerald Place
Rock Hill, NY 12775
845-794-6999
Fax: 845-703-3835

“Quien es el paciente?”

AUTORIZACION Para La Divulgación De Información Medica

Nombre del Paciente: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

MM DD AA

Por medio del presente autorizo a Crystal Run Healthcare a divulgar mi información médica a:

“Quien está siendo autorizado?”

Nombre: _____ Atención de: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Fax o Email: _____ Numero de Teléfono: _____

“Que estamos autorizados a enviar?”

Registros Medicos de _____ hasta _____

Dr. _____

Todos los registros médicos, incluyendo historia del paciente, notas de la oficina, resultados de los exámenes, reportes de radiología, referidos, consultas, y registros enviados por otros proveedores médicos.

Otro: _____ Registros de facturación: _____

Incluye (indique con sus iniciales): _____ **Tratamiento por alcoholismo/drogadicción** _____ **Información relacionada con VIH y resultados de los exámenes**
_____ **Información de Salud Mental**

Costo por copia de registros médicos: \$0.75 por página **FORMATO:** **Copia Impresa** **CD**

Costo para copias de radiología (fechas): _____ **Costo por película: \$10.00 por hoja** **\$5.00 CD**

“Nombre del médico a quien se le puede divulgar su información?”

Autorización para Divulgar Información Medica

Por mis iniciales aquí _____, Yo autorizo _____ para divulgar mi información médica con:
Iniciales Nombre del medico de salud autorizado

(Nombre)

(Relación)

“Porque se necesita esta información?”

MOTIVOS PARA EL USO O DIVULGACIÓN SOLICITADOS:

Uso Personal Motivos Legales Segunda Opinión Cambio de profesional de atención medica

Otro (especifique) _____

Esta autorización expira seis (6) meses a partir de la fecha en que sea firmada o antes _____.

EL PACIENTE DEBE LEER Y FIRMAR LO SIGUIENTE :

Comprendo lo Siguiente:

- a. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento si envié una notificación escrita al consultorio médico.
- b. No puedo revocar esta autorización si el consultorio médico ya ha realizado acciones en base a esta autorización o si se obtuvo la autorización como una condición del acceso a una cobertura de seguro.
- c. El consultorio médico no condicionará el tratamiento ni el pago basado en que yo firme esta autorización.
- d. Firmo esta autorización libremente y sin que haya sido sometido a ninguna presión por parte de ninguna persona para hacerlo.
- e. La información divulgada en esta autorización puede ser sujeta a ser divulgada por el consultorio médico y tal divulgación no está protegida por leyes federales.
- f. Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar esta autorización y entender su propósito y uso.
- g. Esta autorización puede incluir información relacionada con EL USO DE ALCOHOL Y ABUSO DE ESTUPEFACIENTES e INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH, solamente si he puesto mis iniciales en la casilla apropiada.
- h. Si autorizo la divulgación de información relacionada con el tratamiento de VIH, alcoholismo o abuso de estupefacientes, las personas que reciban tal información no la podrán divulgar a terceros sin mi autorización al menos que sea permitido bajo leyes federales y estatales. Comprendo que tengo el derecho de solicitar una lista de las personas que pueden recibir y usar información acerca de VIH sin autorización previa. Si considero que he experimentado algún tipo de discriminación debido a la divulgación de información relacionada con VIH, puedo contactar la División de Derechos Humanos del estado de Nueva York (New York State Division of Human Rights) cuyo teléfono es (212)480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York (New York City Commission of Human Rights) cuyo teléfono es (212)306-7450. Estas agencias son responsables por proteger mis derechos.

Firma Del Paciente o Representante Legal

Fecha: