

Llene la información a continuación y envíela por correo a: Mary Washington Healthcare Health Information Management Department, 2300 Fall Hill Avenue, Suite 101, Fredericksburg, VA 22401 o envíe un fax al: (540) 741-1622

Autorizo a los siguientes establecimientos de Mary Washington Healthcare: _____
A divulgar información del expediente de: A obtener expedientes de _____ sobre:
Nombre del paciente: _____ N° de seguro social: _____
Fecha de nacimiento: _____ N° de teléfono diurno: _____
Domicilio: _____

La documentación puede divulgarse electrónicamente si se guarda en un formato electrónico.

Formatos preferidos: Papel CD Expediente virtual eDelivery Correo electrónico: _____

Fechas de servicio: Del _____ al _____

Información a divulgar:

- | | | |
|---|----------------------------|--|
| Historial & Examen físico | Resumen de alta | Informe de sala de emergencias |
| Informe de consulta | Informe operativo | Informe patológico |
| Notas de evolución del médico | Informe de laboratorio | Informe de radiología/imagenología Imágenes |
| Informe de electrocardiograma | Expedientes psiquiátricos* | Expedientes de VIH* |
| Drogas & Alcohol* | Hoja clínica completa* | Directriz Anticipada (cualquier fecha de servicio) |
| Orden de no resucitar (cualquier fecha de servicio) | Facturación | Otra: _____ |

*** Las solicitudes de hojas clínicas completas no incluyen registros de psiquiatría, drogas y alcohol o expedientes de VIH, a menos que se solicite específicamente en este formulario.**

Persona/Establecimiento que recibirá la información: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Esta información será divulgada para el siguiente propósito: _____

Autorización para divulgar información:

- Entiendo que es voluntario autorizar la divulgación de esta información médica. Me puedo negar a firmar esta autorización. No es necesario firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará según lo dispuesto en la sección 64.524 del Código de Regulaciones Federales. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y dicha información podría no estar protegida por las leyes federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme al Departamento de Administración de Información Médica al (540) 741-1620.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación escrita de mi revocación dirigida al representante de privacidad, salvo que ya se hayan tomado acciones con base en esta autorización. Si no la revoco antes, esta autorización se vencerá en la fecha, suceso o condición descrita como: _____ (si no hay alguna especificación, esta autorización se vencerá 6 meses después de la fecha indicada abajo).
- Entiendo que recibiré una copia de este formulario de autorización después de que firme. Entiendo que se aplicarán cargos por copias.

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

(Signature of Patient or Legal Representative)

Padre o tutor legal Poder notarial médico Pariente más cercano fallecido Albacea de herencia

Uso exclusivo del departamento

N° de expediente médico _____ Identificación verificada (Tipo y N° de ID) _____

Procesado por: _____ Fecha de procesamiento: _____ Páginas entregadas: _____



Mary Washington Healthcare

Mary Washington Hospital

Stafford Hospital

Patient Identification

Authorization to Release Confidential Medical Information