

- Autorizo a Mary Washington Medical Group a divulgar la información del registro de:  
 Autorizo al Grupo Médico Mary Washington a obtener registros de:

Proveedor o instalación Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono diurno: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

*La documentación puede entregarse por vía electrónica si se almacena en un soporte electrónico.*

Medio preferido:  CD  en papel Registro en  línea Dirección de correo electrónico de eDelivery: \_\_\_\_\_

Fechas de servicio: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Información a divulgar:**

- Laboratorio  Reportes Patológicos  Cartilla de vacunación  Notas Progresivas  Notas de la visita al consultorio  
 Rayos X o informes de imagen  Imágenes  Historia clínica complete  Otros: \_\_\_\_\_

Persona/Institución para recibir información: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Códigopostal: \_\_\_\_\_

Esta información se divulga con la siguiente finalidad: \_\_\_\_\_

**Autorización para divulgar información:**

1. Entiendo que estoy dando mi permiso para divulgar los registros confidenciales de atención médica, a menos que se indique a continuación, en relación con, si procede, las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA o el VIH. También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas, a menos que se especifique lo contrario a continuación en las instrucciones especiales;  
Instrucciones especiales, si las hay: \_\_\_\_\_
2. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar la autorización. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
3. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Oficial de Privacidad por escrito sobre mi revocación, excepto cuando ya se hayan tomado medidas en base a esta autorización. Si no la revoco antes, esta autorización expirará en la fecha, evento o condición descrita como: \_\_\_\_\_ (si no se especifica ninguna, esta autorización expirará 6 meses después de la fecha especificada abajo).
4. Entiendo que me darán una copia de este formulario de autorización, una vez firmado. Entiendo que se aplicarán cargos por copia.

Firma del paciente o del representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Padre o tutor legal  Poder médico  Parientes más cercanos a los finados  Albacea de la herencia

Envíe el formulario cumplimentado a Departamento de Gestión de la Información Médica  
1201B Sam Perry Blvd Suite 210  
Fredericksburg, VA 22401

\*\*\*\*\*

**Exclusivo para uso del Departamento**

Nº de registro médico \_\_\_\_\_ ID verificada (Tipo y n.º de ID) \_\_\_\_\_

Procesado por: \_\_\_\_\_ Fecha de procesamiento: \_\_\_\_\_ Páginas suministradas: \_\_\_\_\_



**Mary Washington Healthcare**

Grupo Médico Mary Washington

Autorización para divulgar información médica confidencial