

Autorizo a Mary Washington Medical Group a divulgar información del registro médico de:

Nombre del paciente: _____ Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono durante el día: _____

Dirección: _____

La documentación se puede divulgar electrónicamente si se ha almacenado en un medio electrónico.

Medio preferido: Papel CD Dirección de correo electrónico para el envío electrónico de registros médicos en línea: _____

Fechas de servicio: _____ hasta el _____

Información a ser divulgada:

Registro médico completo de la práctica profesional Generations of Women

Persona/centro que recibirá la información: _____

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

Esta información se ha divulgado para la siguiente finalidad: _____

Autorización para divulgar información:

1. Comprendo que mi autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No tengo que firmar este formulario para garantizar que se me brinde el tratamiento. Comprendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará, conforme a las disposiciones del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) 164.524. Comprendo que toda divulgación de información puede generar una nueva divulgación no autorizada y que esta información podría no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas relacionadas con la divulgación de mi información de salud, deberé llamar al Departamento de Administración de Información Médica al (540) 741-1620.
2. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que notifique de antemano y por escrito al Oficial de Privacidad sobre mi revocación, excepto en aquellos casos en que se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización.
Si no la revoco antes, la autorización caducará en la fecha, el evento o la condición que se describe a continuación: _____ (si no se especifica una fecha, un evento o una condición, esta autorización caducará 6 meses después de la fecha que se indica a continuación).
3. Comprendo que recibiré una copia de este formulario de autorización después de firmarlo. Comprendo que se aplicarán los siguientes cargos por copias: \$0.12 por página. Si se envían copias en formato electrónico, se aplicará una tarifa fija de \$6.50. No se cobrará una tarifa por copia si elijo que Mary Washington Medical Group envíe mis registros médicos a un nuevo proveedor.

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

Padre/madre/tutor legal Poder notarial para asuntos médicos Familiar más cercano fallecido Albacea

Solo para uso del departamento

Número del registro médico _____ Identificación verificada (tipo y número de identificación) _____

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



Mary Washington Medical Group
Autorización para divulgar información médica confidencial