☐ 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:_____

Estainformación 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 firmarl laauthorization. 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 fechaespecificada 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
1001 Sam Perry Blvd
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

Revisión. 10/2026