

## Autorización de Entrega de Información

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL 2DO. NOM. APELLIDO DE SOLTERAFECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
MES DIA AÑO Ultimos 4 dígitos de su SS#: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a **PATIENT FIRST** o a \_\_\_\_\_ (indique el nombre del proveedor de atención médica) a entregarle mi historia médica o la información marcada más adelante a:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

**INFORMACION A SER ENTREGADA:****Fecha(s) de la(s) Visita(s):**

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Historia Médica    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiografías       | _____ |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma | _____ |
| <input type="checkbox"/> Estado de Cuenta   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____        | _____ |

- PROPÓSITO DE LA ENTREGA:**
- |  |  |   |                                  |
|--|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuidados Continuos                  | <input type="checkbox"/> Cambio de Médico  | <input type="checkbox"/> Consulta / Segunda Opinión | <input type="checkbox"/> Seguros |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Accidentes Laborales      | <input type="checkbox"/> Legal   | <input type="checkbox"/> Escuela                    |                                  |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Solicitud Personal (No necesita dar explicación alguna) |   |                                  |

- Comprendo perfectamente que si Patient First ha solicitado esta autorización, yo obtendré una copia de este formulario una vez firmado.
- Comprendo perfectamente que esta autorización tiene una validez de un año.
- Comprendo perfectamente que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo al proveedor de atención médica, por escrito, y que esta revocatoria será efectiva en la fecha en que dicha notificación fue hecha, a menos que la entrega ya haya sido efectuada para el momento en que la notificación fue recibida.
- Comprendo perfectamente que la información entregada a la persona u organización arriba mencionada puede ser luego entregada a terceros y por lo tanto no está amparada por las Reglas Federales sobre la Confidencialidad.
- Comprendo perfectamente que mi derecho a recibir servicios médicos de parte de Patient First no se verá afectado si me opongo a firmar esta autorización.
- Comprendo perfectamente que si mi historia médica contiene información relacionada con el uso de drogas, VIH e informaciones asociadas, enfermedades transmitidas sexualmente, resultados de pruebas genéticas, o notas psicoterapéuticas u otra información sobre mi estado de salud mental, dicha información será entregada junto con mi historia médica, todo sujeto a, y en concordancia con lo exigido por las leyes vigentes del Estado.

Firma del Paciente / Tutor Legal / Representante Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Si está siendo firmada por una persona distinta al paciente, indique su relación o razón para ello, y su autoridad legal para hacerlo

Instrucciones: Entréguese personalmente en cualquier centro de Patient First, o envíe por correo o fax a:

Medical Records Department Fax #: 804-968-4269  
Patient First  
P.O. Box 5411  
Glen Allen, VA 23058  
Phone #: 804-822-4530