



Carson Medical Group

Autorización para la divulgación de información sanitaria protegida

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono: _____

I, _____ autorizo a Carson Medical Group a divulgar la siguiente información médica protegida:

Intervalo de fechas _____ a _____

- ☐ Notas de visita
- ☐ Resultados de laboratorio
- ☐ Resultados de imágenes
- ☐ Registros financieros/facturación (no disponible para otras consultas médicas)
- ☐ Otros _____

Revelar a _____
(Persona u organización autorizada a recibir la información)

Finalidad de la divulgación _____

Método de divulgación (marque una opción):

- ☐ Portal del paciente/Aplicación Healow: _____
(Indique su dirección de correo electrónico si aún no está registrado en el portal)
- ☐ Fax: _____
- ☐ Dirección postal: _____
- ☐ Recogida de pacientes (copia en papel)

Reconozco que tengo derecho a revocar la autorización en cualquier momento; y que comprendo que una vez divulgada la información, ésta puede dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad. Puede revocar esta autorización únicamente por escrito enviado por correo certificado al Proveedor a la dirección arriba indicada. La revocación será efectiva sólo a la recepción, (1) en medida en que el Proveedor como actuó en dependencia de la autorización, o (2) para el tratamiento cuyo propósito es la creación de información de salud protegida para un tercero, tales como exámenes físicos pre-empleo y (3) excepto para las notas de psicoterapia, para los planes de salud que condicionan la inscripción o una autorización, o cuando la condición de pago en una autorización para utilizar esta información para determinar el pago. También doy mi consentimiento para que se divulgue cualquier información relacionada con el alcohol, el abuso de drogas, la salud psiquiátrica/mental, las enfermedades contagiosas, la hepatitis, el SIDA y el VIH. Entiendo que dicha información no puede ser divulgada sin mi consentimiento específico y que mi firma a continuación otorga permiso para divulgar la información anterior, si existe. Entiendo que Carson Medical Group no condicionará el tratamiento a la ejecución de este acuerdo de autorización. El abajo firmante autoriza a Carson Medical Group a divulgar información. La autorización expirará un año después de la fecha de la firma.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del representante legal (si no firma el paciente): _____

Relación con el paciente _____

Sólo para personal de oficina: Nombre: _____ Fecha: _____