



AUTORIZACIÓN DE LANZAR EXPEDIENTES MEDICOS

Nombre completo del paciente: Fecha de nacimiento:

Dirección del paciente:
Número de teléfono:

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN EN MI REGISTRO DE ATENCIÓN MÉDICA:

De:

Nombre de oficina: Domicilio:

Numero de Telefono: Numero de Fax:

A:

Nombre de oficina: Domicilio:

Numero de Telefono: Numero de Fax:

Tipo de Information:

- Registros de pacientes de los últimos tres años de tratamiento.
Todos los registros médicos (Entiendo que esto requiere la aprobación del oficial de privacidad y puede tomar hasta 30 días.)
Registros médicos de:
Registros específicos: (del año pasado) Billing Notas de oficina Laboratorios Radiografía Densidad de los huesos
Otro: por favor explique y proporcione las fechas:

Propósito: Solicitud del paciente Continuar con la atención médica Solicitud de abogado Otro

Entiendo que mis registros de salud pueden incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, inmunodeficiencia adquirida; (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Hepatitis C y otras enfermedades transmisibles, Atención de Salud conductual, Atención psiquiátrica y tratamiento del abuso de alcohol y / o drogas; mi firma autoriza la divulgación de dicha información. Puedo negarme a firmar esta autorización y entender que Valley Arthritis Care no condicionará ni negará el tratamiento al firmar esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en esta autorización, a menos que se revoque lo contrario, esta autorización se rige por un año.

Entiendo que una vez que se publique mi información, Valley Arthritis Care ya no podrá proteger esa información. Libero a Valley Arthritis Care y a sus empleados de cualquier responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de la información anterior.

Entiendo que hay una tarifa administrativa asociada con la duplicación de mis registros. Espere de 7 a 10 días para cualquier duplicación de registros. Para la publicación de todos los registros médicos, por favor permita 30 días.

Firma del paciente Fecha De Hoy:

Dr. Ravi Bhalla, MD, FACR • Brady Nelson, PA • Iain Black, PA • Christina Foster, PA