



* IROI*

Autorización para la divulgación de información médica

_____ Número de Registro Médico Por favor proporcione/adjunte foto ID

Por la presente autorizo al Hospital Bingham Memorial de revelar la siguiente información de los registros de salud de:

Nombre del Paciente (Apellido, Primero, Segundo): _____

Nombre previo (Apellido, Primero, Segundo): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____ No Seguro Social. _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Fechas del cuidado médico: _____

Para ser divulgada a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____

Preferencia: Email _____ Fax _____ - _____ - _____ Correo Para recoger

**Si no hay preferencia seleccionada, registros se mandarán por email cifrado

Información a divulgar:

- Pertinente a Doctores Pertinente al Seguro Historial e información física
- Resumen al dar de alta Reporte Operativo Reporte de Emergencias
- Resultado de exámenes (señale): EKG, Lab, Patología, X-ray, Otros: _____
- Otros: _____

Por el motivo de: _____

Si solicita registros de nacimiento, incluya el nombre de la madre al momento del nacimiento del bebé: _____

Entiendo que esta autorización se extiende a los servicios y fechas específicas y que la información "mínima necesaria" será divulgada al solicitante, salvo especificado por el paciente, para cualquier y toda información. Cualquier y toda información incluirá pruebas y/o tratamiento para enfermedades de transmisión sexual, SIDA, infección por el VIH y abuso de alcohol y/o drogas o condiciones de salud mental.

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se han tomado acciones al amparo de esta autorización. A menos revocado lo contrario, esta autorización expira 6 meses desde la fecha anotada a continuación.

Las instalaciones, sus empleados, funcionarios y médicos por este medio son libres de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior a la medida indicada y autorizada por la presente:

Firma _____ Fecha _____ Hora _____
 Paciente o representate legal y relación.

Testigo _____ Fecha _____ Hora _____

La organización tiene hasta 30 días para emitir los registros.