



142 Linden Drive, Suite 106
Winchester, VA 22601

Teléfono: (540) 722 - 7282
Fax: (540) 722 - 5060

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS

FECHA: _____ / _____ / _____ NÚMERO DE CUENTA SHNS: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: (_____) _____ - _____ SSN: _____ - _____ - _____ / rechazar

Archivos que deben obtenerse de: _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____ Fax #: _____

Archivos que se publicarán en: _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____ Fax #: _____

Archivos solicitados: *marque todos los que correspondan*

Notas de Oficina Informes de patología Notas operativas Informes de imágenes Archivo completo

Otro: _____

Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual y síndrome de inmunodeficiencia adquirida/virus (SIDA/VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y tratamiento para el abuso/uso de alcohol y drogas. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. También entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por **escrito** y presentar mi revocación por escrito al personal de la oficina principal. Entiendo que mi revocación por escrito no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a una autorización previamente firmada. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorga a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza acordada entre yo y el asegurador. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización caducará en la fecha especificada

Desde: ____/____/20____. **Si no especifico una fecha de vencimiento, esta autorización caducará en 12 meses.** Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Tengo el derecho de NEGARME a firmar esta autorización. No estoy obligado a firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar una copia de la información que se va a utilizar/divulgar, según lo dispuesto en CFR 164.524. También entiendo que cualquier divulgación de mi información conlleva la posibilidad de una redivulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las Reglas Federales de Confidencialidad. Si tengo preguntas o inquietudes sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Gerente de la Oficina Principal de SHNS al **(540) 722-7282**.

Firma del paciente, padre o representante legal: _____

Si el paciente es menor de edad Registros publicados por: _____ Relación: _____

SOLO PARA USO EN OFICINA

Publicado/Revisado por: _____

Fecha: _____ / _____ / _____