



AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Información del paciente

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

Social Security: _____

Personas autorizadas a utilizar o divulgar información

Nombre de la persona u organización _____

Telefono: _____ Fax: _____

Personas a quienes se puede divulgar información

Name of person or organization _____

☐ Registros de fax: _____

☐ Registros electrónico: _____

☐ Registros de correo: _____

Propósito de la divulgación

["A petición del individuo" cuando el individuo inicia la autorización y no proporciona el propósito"]

Información que se utilizará o divulgará (Marque todas las que correspondan)

Fecha (s) de servicio (no dejar en blanco)

☐ Notas de progreso del médico

☐ Informes de consulta y correspondencia de otras instalaciones

☐ Resultados de pruebas de laboratorio

☐ Lectura de radiólogo de rayos X

☐ Películas de rayos X

☐ Historial de cuentas de facturación

☐ Otros: _____

Fecha de caducidad de la autorización

Esta autorización es efectiva durante 6 meses a menos que sea revocada o terminada por el paciente o representante personal del paciente

Derecho a cancelar o revocar la autorización

Usted puede revocar o rescindir esta autorización enviando una revocación por escrito a Medallus Medical,
10433 S. Redwood Road #2 South Jordan, UT 84095

Posibilidad de re-divulgación

La información divulgada bajo esta autorización puede ser revelada de nuevo por la persona u organización a la que se envía.

Nombre (por favor imprima) _____

Relación con el paciente _____

Firma _____

Fecha _____

Firma del testigo _____

Fecha _____

IDENTIFICACIÓN del paciente/garante verificado por _____

nte.