



**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR
EL REGISTRO MÉDICO**
Página 1 de 2 (por favor complete las 2 páginas)

Teléfono: (760) 291-6708
Fax: (760) 291-6889

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
---------------------	---------------------

El tratamiento, el pago, la inscripción o elegibilidad para obtener beneficios no será una condición para proveer o rechazar ésta autorización.

Yo autorizo al médico o al proveedor de cuidado médico revelar mi registro médico (notado abajo) para entregar al médico o al proveedor de cuidado médico mi información médica (notada abajo):

De Parte De: _____ <i>(Médico o proveedor revelando información)</i> _____ <i>(Domicilio)</i> _____ <i>(Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	Para: Graybill Medical Group _____ <i>(Médico o proveedor recibiendo)</i> 225 E. 2 nd Avenue _____ <i>(Domicilio)</i> Escondido, CA 92025 _____ <i>(Ciudad, Estado, Código Postal)</i>
---	--

Entrega de información y registro medico: _____
(Nombre del Paciente)

_____	_____	_____
<i>(Fecha de Nacimiento)</i>	<i>(Seguro Social)</i>	<i>(Número de Teléfono)</i>

<i>(Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>		

DURACIÓN: Ésta autorización estará en vigor inmediatamente y continuará en vigor hasta _____ (escriba fecha) o por un año de la fecha en que firmó ésta autorización si no escribió una fecha.

REVOCACIÓN: Ésta autorización está también sujeta a una revocación escrita por abajo firmante en cualquier momento entre ahora y la revelación de información por el partido revelador. La revocación escrita será efectiva al recibirla, pero no será hasta el punto en que el solicitante u otros hayan actuado sobre ésta autorización.

REVELACIÓN: Entiendo que el solicitante no puede legalmente usar para uso adicional o para la revelación de información médica al menos que otra autorización sea firmada por mí y que el acceso sea requerido o permitido específicamente por ley.

*****POR FAVOR COMPLETE LAS 2 PÁGINAS*****



**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR
EL REGISTRO MÉDICO**
Página 2 de 2 (por favor complete las 2 páginas)

Teléfono: (760) 291-6708
Fax: (760) 291-6889

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
---------------------	---------------------

ESPECIFIQUE LOS REGISTROS:

- Psiquiátrica/Salud Mental
- Drogas/Alcohol
- Resultados de HIV
- Pruebas genéticas
- Otro (especifique)

Información Médica

Rayos X

_____ Firma	_____ Fecha
_____ Firma	_____ Fecha
_____ Firma	_____ Fecha
_____ Firma	_____ Fecha
_____ Firma	_____ Fecha

LA PETICIÓN DE SU REGISTRO MÉDICO SE PROVEERÁ A TRAVÉS DE

- Papel CD/otro tipo de almacenamiento portátil
- Electrónicamente por medio de NextMD

Yo solicito que la información médica revelada por medio de ésta autorización sea utilizada solamente para el siguiente propósito:

_____ Firma	_____ Fecha
----------------	----------------

Una copia de esta autorización es válida como original. Tengo derecho a obtener una copia de esta autorización y la copia es para mí para guardar.

_____ Firma del Paciente o Tutor (indique la relación al paciente si la firma no es del paciente)	_____ Fecha
--	----------------

LOS EMPLEADOS DE BACTES CORPORATION PUEDEN TENER ACCESO A INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PARA EL PROPÓSITO DE COPIAR EL REGISTRO MÉDICO DE UNA PETICIÓN DEBIDAMENTE AUTORIZADA.

SÓLO SE COPIARÁ SU REGISTRO MÉDICO DE 2 AÑOS A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO. PUEDE HABER UN CARGO POR UN REGISTRO MÉDICO DE MÁS DE 2 AÑOS.

EL PROCESO DE COPIAR EL REGISTRO MÉDICO TOMA 15 DÍAS LABORABLES. EL REGISTRO MÉDICO NO SERÁ ENVIADO POR FAX.