

Solicitud de Información Médica

1. **Autorización:** Autorizo la divulgación de información médica y registros de salud como se describe a continuación.:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Completa del Paciente: _____

Número de Seguridad Social: ____ - ____ - ____ (Opcional) Número de Teléfono: _____

2. **Titular del Registro:** _____ Circle City Gastroenterology

Practice Locations

2250 S. Main St., Ste 201, Corona, CA 92882, TN: 951-808-6298, Fax: 951-523-7065
6900 Brockton Ave., Ste 100, Riverside, CA 92506, TN: 951-808-6298, Fax: 951-523-7065

3. **Los Registros Pueden Entregarse a:** _____
(Hospital, Grupo Médico u otro Proveedor de Servicios)

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		Fax	

4. **Tipo de Información:** Esta autorización se limita a los siguientes tipos de información que se indican a continuación. **Escriba sus iniciales en todo lo que corresponda.**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Tratamiento por Abuso de Alcohol y/o Drogas |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Resultados de la Prueba del HIV |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del Médico | <input type="checkbox"/> Registros Psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Historia/Examen Físico | <input type="checkbox"/> Datos de Facturación |
| <input type="checkbox"/> Informes de Consulta | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología/Medicina Nuclear |
| <input type="checkbox"/> Informes del Departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Informes Operativos/de Procedimiento |
| <input type="checkbox"/> Cualquiera y Todos los Registros | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ |

5. **Fechas de Servicio:** _____
De (mmddyyyy) A (mmddyyyy)

6. **Uso de la información:** La persona o entidad identificada anteriormente puede usar mi información para los siguientes propósitos. **Escriba sus Iniciales en Todo lo que Corresponda.**

_____ Transferencia de Atención _____ Segunda Opinión _____ Personal _____ Seguro
_____ Legal _____ Continuación de la Atención _____ Otro (Por favor especifica) _____

7. **Duración:** Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha junto a mi firma, a menos que se indique lo contrario aquí: _____

8. **Copia adicional:** Entiendo además que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito.

9. **Nueva divulgación:** Entiendo que una vez recibidos, mis registros estarán sujetos a una nueva divulgación y ya no estarán protegidos por las leyes federales de privacidad.

10. **Revocación:** Esta autorización también está sujeta a la revocación por escrito del abajo firmante en cualquier momento entre ahora y la divulgación de información por parte de la parte divulgadora. La revocación por escrito entrará en vigor una vez recibida, pero no será efectiva en la medida en que la ley requiera o permita específicamente al Solicitante.

11. **Explicación:** Entiendo que mi tratamiento no está condicionado de ninguna manera a que firme la autorización y que puedo negarme a firmarla.

12. **Firma**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____

(Si es un Representante Autorizado) Nombre y Parentesco con el Paciente: _____

Fecha de Firma: _____

Firma de Testigo: _____ Fecha y Hora: _____

Nota: Se debe proporcionar documentación legal junto con una identificación vigente emitida por el gobierno (licencia de conducir, tarjeta de identificación o pasaporte) para demostrar la autoridad para firmar en nombre del paciente.