



DESERT HAND
AND
PHYSICAL THERAPY

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ REGISTRO MÉDICO # _____

DIRECCIÓN: _____ MÉDICO: _____

SEGURIDAD SOCIAL# _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO DE TRABAJO _____ TELÉFONO DE CASA: _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO A DESERT HAND AND PHYSICAL THERAPY ENVIAR / LIBERAR FOTOCOPIAS DE REGISTROS MÉDICOS EN RELACIÓN CON EL PACIENTE ANTES MENCIONADO
A:

(NOMBRE DE LA EMPRESA O PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECIBIR LOS REGISTROS)

(DIRECCIÓN COMPLETA)

Autorizaré la publicación de fotocopias de los siguientes registros en posesión del control de Desert Hand and Physical Therapy, LLC, sus empleados y / o agentes. Para los fines del presente documento, los registros médicos incluirán toda la información confidencial relacionada con el VIH (según la Sección 36-661 de ARS), la información relacionada con enfermedades transmisibles de forma confidencial (según lo definido en la Sección 36-661 de ARS), la información confidencial relacionada con el abuso de alcohol o drogas (tal como se define en 42 CFR Sección 2.1 ET Seq.), e información confidencial sobre los diagnósticos / tratamiento de salud mental.

REGISTROS MÉDICOS (MARCAR UNO)

_____ TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS DE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS DE TRATAMIENTO

O

_____ SÓLO LOS SIGUIENTES REGISTROS DESCRITOS (ESPECIFICAR LOS TIPOS Y FECHAS)

EL PRESENTE CONSENTIMIENTO VENCE EN 60 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE FIRMA A CONTINUACIÓN. HE OTORGADO MI CONSENTIMIENTO DE MANERA LIBRE, VOLUNTARIA, Y SIN COERCIÓN. PUEDO REVOCAR LA PRESENTE AUTORIZACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO SIEMPRE Y CUANDO NOTIFIQUE A DESERT HAND AND PHYSICAL THERAPY LLC. DE FORMA ESCRITA PARA DICHO PROPÓSITO. ENTIENDO QUE CUALQUIER COMUNICACIÓN QUE SE HIZO ANTES DE LA REVOCACIÓN CON ESTA AUTORIZACIÓN NO CONSTITUYE UN INCUMPLIMIENTO DE MIS DERECHOS A LA CONFIDENCIALIDAD. ENTIENDO QUE UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERA COMO ACEPTABLE EN LUGAR DEL ORIGINAL.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

PADRE / REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____