

Witham Health Services
Pediatrics – Consentimiento para divulgación de información médica

Autorizo al médico anterior, el Dr. _____ Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

A divulgar información de los historiales médicos de:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de Seguro Social: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de Seguro Social: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de Seguro Social: _____

Información a divulgar: Copia de la historia clínica completa

Otro (especifique): _____

La información deberá entregarse a:

Jane Buroker, MD Jarod Cates, MD Julie Friend, MD Janice Kunkel, MD

Christy Loke, DO Candy Riggins, MD Laura Thieme, MD

La información deberá enviarse a:

2705 N. Lebanon St., Suite 415, Lebanon, IN 46052 Teléfono: 765-485-8900 Fax: 765-485-8909

6085 Heartland Dr., Suite 208, Zionsville, IN 46077 Teléfono: 317-768-2222 Fax: 317-768-2229

Objetivo de la divulgación: _____

Autorizo la divulgación de todas y cada una de las historias clínicas e informes relativos a mi historial médico, diagnóstico de mi condición física, tratamiento o pronóstico, incluidas radiografías, imágenes y otros informes de diagnóstico, así como cualquier información contenida en mis historias clínicas o informes que estén relacionados con el tratamiento o el historial de problemas psiquiátricos o de salud mental, problemas de abuso de drogas o alcohol, enfermedades transmisibles peligrosas, incluidos el SIDA o las pruebas para detectar infecciones por VIH y cualquier otra información relacionada con mi tratamiento. Esta autorización se aplicará a todos y cada uno de los datos enumerados anteriormente, a menos que el paciente indique lo contrario, como se indica a continuación:

NO SE DEBE DIVULGAR LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CON RELACIÓN A:

SE DEBEN DIVULGAR MIS REGISTROS SOLO PARA LAS FECHAS DEL _____ HASTA EL _____.

Comprendo que este consentimiento puede revocarse en cualquier momento solicitándolo por escrito a Witham Health Services, excepto en la medida en que ya se hayan llevado a cabo divulgaciones de buena fe en virtud del mismo. Comprendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por la legislación federal o estatal. Witham Health Services no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios (si corresponde) a si proporciono autorización para el uso o divulgación solicitados. Comprendo que tengo derecho a: 1) revisar o copiar la información de salud protegida que se utilizará o divulgará según lo permitido por la ley federal (o por la ley estatal, en la medida en que la ley estatal proporcione mayores derechos de acceso), 2) negarme a firmar esta autorización, 3) recibir una copia firmada de esta autorización. Esta autorización es válida por sesenta (60) días a partir de la fecha en que se realiza la solicitud o durante el tiempo que dure la reclamación pendiente, a menos que se indique lo contrario de la siguiente manera:

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha/hora