



Autorización para divulgación / Solicitud de información médica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Autorización para el uso de información de salud (seleccione uno de los siguientes)

Autorizo al titular del registro mencionado a continuación a divulgar mis registros de salud a **Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc.** durante la vigencia de esta autorización.

Mail to: 6221 Metropolitan Street, Suite 201, Carlsbad, CA 92208 or Fax to: (760) 334-0399

Autorizo a Coastal Pain & Spinal Diagnostics Medical Group, Inc. a divulgar mis registros al proveedor/grupo/persona (circule uno) a continuación durante el término de esta autorización

Titular actual de registros o solicitante de registros:

Nombre: _____ Tel. (____) _____ Fax (____) _____

Dirección: _____ Estado _____ Código Postal _____

Esta autorización permite que el proveedor de atención médica antes mencionado divulgue / solicite los siguientes registros médicos:

Toda mi información que el proveedor tenga en su poder, incluida la información relacionada con todos y cada uno de los antecedentes médicos, condiciones mentales o físicas y cualquier tratamiento recibido por mí, incluidos, entre otros, radiografías, estado del VIH / SIDA, pruebas, notas de psicoterapia y otra información de salud mental, información sobre drogas, alcohol u otras sustancias controladas, información de facturación, correspondencia y registros de mis otros proveedores de atención médica que puedan tener los proveedores de atención médica mencionados anteriormente..

Toda la información sobre mi salud descrita anteriormente, excepto la siguiente _____

Solo los siguientes registros o tipos de información médica (incluid fechas de tratamiento, tipos de tratamiento u otra designación): _____

Plazo: Esta autorización permanecerá en vigor durante un (1) año a partir de la fecha de firma de esta autorización.

Rechazo a a firmar / derecho a revocar: Entiendo que puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta autorización por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento por parte de mi atención médica. proveedor.

Revocación: Entiendo que la autorización permanecerá en vigor hasta que expire el plazo de esta autorización o proporcione una notificación por escrito de revocación a mi proveedor de atención médica cuando mi proveedor de atención médica reciba mi notificación por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto en cualquier acción tomada por mi proveedor de atención médica en base a esta autorización antes de recibir mi notificación por escrito de revocación.

Preguntas: Puedo comunicarme con el consultorio de mi proveedor para obtener respuestas a mis preguntas sobre la privacidad de mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización de mi proveedor de atención médica.

Fotocopia: Una fotocopia, fax o copia electrónica de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Nombre de Paciente: _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre del testigo: _____ Firma _____ Fecha _____

Si la persona no puede firmar esta autorización, complete lo siguiente

Firma del representante personal _____ Relación: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo: _____ Firma _____ Fecha: _____