

Alliance Medical Group, Inc.

MÉDICOS QUE SIENTEN CARIÑO POR SU SALUD

Liberación de Archivos Médica

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Por este medio le autorizo para usar o revelar la información específica descrita debajo solo para los objetivos y a los partidos descritos debajo.

Descripción de la información específica para ser usada o revelado para el objetivo siguiente:

Archivos solicitados de: _____

Persona o entidad que solicita la información y autorizado a hacer el uso solicitado o revelación:

Archivos enviados a (recipiente de la información): _____

Entiendo esto:

- ❖ Yo puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser usada o revelado.
- ❖ Puedo revocar la autorización por escrito por ponerme en contacto con su oficina en la dirección encima, atención de oficial de aislamiento.
- ❖ La información usada o revelada de acuerdo con la autorización puede estar sujeta a la nueva revelación por el recipiente y más ser proteger por HIPPA.
- ❖ Puedo rechazar firmar esta autorización y que usted no condicionara el tratamiento o el pago sobre mi suministro de esta autorización (excepto al grado que la autorización es para la investigación relaciono el tratamiento, en cuyo caso usted puede negarse proveen aquella investigación relación el tratamiento).

Si esta caja es comprobada, entiendo que mis archivos completos médicos pueden incluir la información en cuanto a medicina y uso de alcohol, información de salud mental y/o una historia del síndrome de deficiencia adquirido (SIDA) o condiciones relacionadas.

Si esta caja es comprobada, entiendo que usted recibirá la compensación del tercero para el uso o la revelación de mi información.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Relación a paciente (de ser firmado por representante personal de paciente): _____

Esta autorización expirara un ano de la fecha de la firma.