



## FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Por favor complete la siguiente información:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

**Información revelada por:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Código Posta \_\_\_\_\_  
 Teléfono : \_\_\_\_\_  
 Fax : \_\_\_\_\_

**Información revela a:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono : \_\_\_\_\_  
 Fax : \_\_\_\_\_

### Información para ser revelada

Fecha(s) de Servicio a Divulgar: \_\_\_\_\_  
 Entiendo que mi nombre, fecha de nacimiento, dirección, edad, sexo, número de teléfono; otra información demográfica y de seguros se incluirá en cualquier divulgación de información de salud o facturación.

\_\_\_ Progreso/Notas de Office \_\_\_ Historia y Física \_\_\_ Notas del Hospital \_\_\_ Notas de consulta  
 \_\_\_ Registros de laboratorio/patología \_\_\_ Registros de rayos X/radiología \_\_\_ Notas de enfermería \_\_\_ Notas de emergencia  
 \_\_\_ ECG/EEG/Catéter cardíaco \_\_\_ Otros (especificar) \_\_\_\_\_

*Esta autorización es para la divulgación completa de todos los registros, incluidos los hallazgos clínicos, el diagnóstico, el tratamiento, la evaluación, las recomendaciones para la atención adicional, el nombre del personal de atención médica, las fechas de hospitalización y las visitas ambulatorias. También incluye cualquier información que pueda estar relacionada con drogas, alcohol y afecciones psiquiátricas; pídanos específicamente que no lo divulguemos en la sección de exclusión a continuación:*

**Excluidos:** \_\_\_\_\_

**¿Por qué se divulga esta información??**  A petición del paciente  Tratamiento continuo  Compensación del trabajador  
 Determinación de discapacidad  Investigación Legal  Otro \_\_\_\_\_

**¿Método de entrega?**  Copias impresas enviadas por correo  Entrega personal  Fax  electrónico  Otro \_\_\_\_\_

### Información para el paciente o Representante:

- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización.
- Entiendo que tengo derecho a cambiar de opinión. Puedo revocar esta autorización presentando una solicitud por escrito al director de la instalación donde estoy enviando esta autorización.
- Entiendo que la persona u organización que obtiene la información puede no estar cubierta por las reglas federales de privacidad y puede volver a divulgar esta información.
- Entiendo que este comunicado es válido por un año a partir de la fecha en que firmé. He leído y entiendo esta información.

\_\_\_\_\_  
 Firma de Paciente (o representante del paciente)      Fecha de firma      Firma/Título/Fecha del personal

\_\_\_\_\_  
 Imprimir Name de Patient Representative      Autoridad del representante para firmar por el  
 paciente      (es decir, padre, tutor, poder notarial, albacea)

**McGill Family Medicine**  
 202D McGill Avenue,  
 NW  
 Concord, NC 28025-4615  
 704-792-2242  
 Fax 844-269-8197

**Logan Family Medicine**  
 298 Lincoln Street, SW  
 Concord, NC 28025-5469  
 704-792-2313  
 Fax 844-277-4887

**China Grove Family Medicine**  
 307 East Thom St.  
 China Grove, NC 28023  
 704-855-5200  
 Fax 844-220-3692

**Northern Rowan Family Medicine**  
 300 North Salisbury Ave.  
 Spencer, NC 28159-2514  
 704-216-2630  
 Fax 844-269-7077

**Salisbury Health Center**  
 330 Jake Alexander Blvd., W.  
 Ste. 103  
 Salisbury, NC 28147  
 704-519-2366  
 Fax 844-666-4596