

Advanced Sleep Centers
INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE Y AUTORIZACION PARA COMPARTIRLA
INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEGURO SOCIAL # _____

DIRECCION: _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO/ DURANTE EL DIA/TRABAJO (_____) _____ - _____

DAR INFORMACION – SELECCIONE UNA

- Yo autorizo a Advanced Sleep Centers para DAR información de mi historial médico a:
 Yo autorizo a Advanced Sleep Centers para OBTENER información de mi record médico de:

NOMBRE: _____

DIRECCION _____

CIUDAD: _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

PROPOSITO DE LA INFORMACION

- Cuidado Continuo Abogado Uso Personal Reclamo del Seguro Otro _____

Yo entiendo que tengo derecho a UNA COPIA GRATIS de mi historial médico durante mi vida. Por cualquier copia adicional pagare una cantidad de 1 dólar por página.

Esta es la primera vez que solicito una copia de mi historial médico. SI NO

INFORMACION QUE NECESITO

- Historial Médico Completo Notas Clínicas desde la fecha _____ hasta _____
 Resultados de Laboratorio Resultados de los Exámenes Otros _____

Yo entiendo que la información en mi historial médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus humano de inmunodeficiencia (VIH). Esto también puede incluir información relacionada con problemas mentales o de conducta, tratamientos por abuso y/o consumo de drogas.

AUTORIZACION

Esta autorización será efectiva por el periodo que dure mi tratamiento, a no ser que sea revocada o terminada por el apoderado o representante del paciente. Tengo entendido que mi historial médico puede que no sea entregado al momento que sea solicitado. Esto puede tomar de 24 horas hasta 30 días desde que se someto el pedido del historial médico. Usted puede revocar o terminar con esta autorización contactando a Advanced Sleep Centers. Yo entiendo que la revocación puede que no incluya la información que ya ha sido compartida en relación a esta autorización previa. La información que es compartida bajo esta autorización puede ser compartida nuevamente por la persona u organización por la cual fue enviada. La privacidad de esta información está en concordancia con la ley de Privacidad del Seguro de Salud Portabilidad de 1996 (HIPPA)

Firma del Paciente/ o Representante Autorizado Relación con el Paciente Fecha

Firma del Testigo Fecha