CUCAMONGA VALLEY™ MEDICAL GROUP

Autorización para divulgar o recibir registros médicos

Se le solicita esta autorización para el uso o divulgación de información médica para cumplir con los términos de la Ley de Privacidad:

▶ NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE ▶ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

▶ DIRECCIÓN DE CALLE

▶ CIUDAD ▶ ESTADO ▶ CÓDIGO POSTAL

▶ TELÉFONO ▶ CELÚLA ▶ FECHA DE NACIMIENTO

Este formulario se puede enviar por correo electrónico a: Records@CVMGdocs.com

Por la presente autorizo (aquellos nombrados a continuación):

▶ NOMBRE DEL MÉDICO / PROVEEDOR

▶ DIRECCIÓN DE CALLE

▶ CIUDAD ▶ ESTADO ▶ CÓDIGO POSTAL

▶ TELÉFONO ▶ FAX

iproporcionar a (aquellos nombrados a continuación):

▶ NOMBRE DEL MÉDICO / PROVEEDOR

▶ DIRECCIÓN DE CALLE

▶ CIUDAD ▶ ESTADO ▶ CÓDIGO POSTAL

▶ TELÉFONO ▶ FAX

Propósito de la divulgación ☐ **Atención continua** ☐ **Seguro** ☐ **Fines Legales** ☐ **Uso personal**

☐ **Otro/especificar:** _____

Para que podamos evaluar completamente la salud de este paciente y tomar decisiones informadas, el paciente ha aprobado nuestra solicitud de copias delsiguiente información de las fechas de servicio ▶ _____ **Para** ▶ _____

Reconozco que este centro de atención médica, de acuerdo con su Aviso de prácticas de privacidad (NOPP) y la Ley Ómnibus HIPAA, divulgará mis registros médicos especificados a los amigos mencionados anteriormente. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización expirará al año de la fecha de la firma. Entiendo que firmar este formulario es voluntario y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, que debe enviarse por correo a 16465 Sierra Lakes Parkway, Suite 300, Fontana, CA 92336. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y /u obtener una copia del material a divulgar. Cucamonga Valley Medical Group no volverá a divulgar esta información, excepto con una autorización por escrito o según lo requiera o permita específicamente la ley. Cucamonga Valley Medical Group no condicionará la prestación de atención ni la recepción de beneficios a la firma de esta autorización. Una copia de esta autorización será tan efectiva como el original y tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Libero, libero de toda responsabilidad y acepto indemnizar a este centro de atención médica, sus empleados y agentes por toda responsabilidad (incluida, entre otras, negligencia) que surja o se produzca en virtud de este consentimiento.

Autorizo específicamente a este centro de atención médica a usar y divulgar verbalmente, por correo, fax, correo electrónico cifrado o no cifrado, los siguientes tipos de información súper confidencial como se indica en el NOPP. Iniciales cuando corresponda:

▶ _____ INICIALES **Abuso de alcohol y sustancias registros de diagnóstico y tratamiento**

▶ _____ INICIALES **Registros de VIH (incluidos registros de VIH resultados de pruebas) y enfermedades de transmisión sexual**

▶ _____ INICIALES **Registros de salud mental**

▶ FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR ▶

▶ FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE (SI CORRESPONDE) ▶

▶ NOMBRE EN IMPRENTA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE (SI CORRESPONDE) ▶

©2018 CUCAMONGA VALLEY MEDICAL GROUP AND KMDEZIUNE STUDIO