

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL
CONSENT TO RELEASE
CONFIDENTIAL MEDICAL INFORMATION**

Yo, el paciente _____ F. de nac. ___/___/___ NSS _____, autorizo a Rappahannock Neurology Specialists a divulgar la información que se especifica a continuación, de acuerdo con las normas de MediCorp Health System, a los siguientes:

Información de la persona/organización

Dirección, Calle

Ciudad, Estado, C.P.

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA

Notas del médico sobre evolución	_____	Informe de radiología	_____
Resumen final del alta	_____	Consulta	_____
Informe de sala de emergencia	_____	Historia completa	_____
Historia clínica y examen físico	_____	Registros psiquiátricos	_____
Resultados de laboratorio	_____	Registros sobre drogas y alcohol	_____
Otro (especifique)	_____		
Fecha(s) de servicio:	_____	Número de registro médico:	_____

Los fines de la divulgación de la información anterior son:

- _____ Atención continua
- _____ Uso personal. Entiendo que se me cobrará una tarifa de \$10.00 de búsqueda y recuperación MÁS \$0.50 por página por este servicio hasta un máximo de 50 páginas y \$0.25 por página de allí en adelante.
- _____ Otro: _____

Por este medio voluntariamente autorizo la divulgación de la información indicada anteriormente. Ninguna amenaza de medidas de coacción me ha inducido a firmar este formulario de consentimiento, y por este medio libero a MediCorp Health System de toda responsabilidad legal que pueda surgir por la divulgación de la información solicitada.

Esta información puede ser divulgada de registros protegidos por las Reglas de confidencialidad federales (42 CFR Parte 2). Las Reglas federales prohíben toda divulgación posterior de esta información a menos que la divulgación posterior sea expresamente permitida por medio de un consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según se permite de otro modo en la Parte 2 de 42 CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las Reglas federales restringen todo uso de la información para investigar o procesar judicialmente todo abuso de alcohol o drogas del paciente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento para divulgar información en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan tomado acciones basadas en esta autorización de divulgación. Si no lo revoco antes, este documento quedará nulo e invalidado 6 meses después de la fecha de este documento, o en la fecha, evento o condición descrita específicamente como:

Firma del paciente

Patient Signature

Fecha

Date

Firma del testigo

Witness Signature

Fecha

Date

Firma del padre, madre o tutor

Parent/Guardian Signature

Fecha

Date