



Solicitud para el Acceso y Autorización para el Uso o Divulgación de Información Médica Protegida

Nombre legal del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autorizo al siguiente consultorio BayCare Medical Group,

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

A Divulgar u Obtener mis historiales médicos de:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Por medio de Portal del paciente (debe tener cuenta en el Portal de Pacientes de BayCare)
 Papel (entiendo que todos mis historiales se enviarán por correo postal, a menos que yo planifique recogerlos en persona)

El propósito de esta solicitud: Personal Tratamiento (cuidado continuo) Otro: _____

Proporcione la siguiente información especificada para las siguientes fechas de visita: _____

Marque todo lo que corresponda a continuación.

- Notas del consultorio Resultados de laboratorio Electrocardiogramas (EKG) Resultados de radiología
 Completar el historial Otro (describa): _____

Entiendo que la información médica protegida que se especifica a continuación puede incluir datos sobre salud mental, abuso de drogas (drogas, alcohol), información sobre la condición de virus de inmunodeficiencia humana (HIV)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS) e historiales de diagnóstico y tratamiento. Entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de seguro médico o un proveedor de servicios médicos, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que no necesito firmar esta autorización para garantizar el tratamiento. Esta autorización tendrá una validez de seis meses, a partir de la fecha en que se firmó, la cual se indica más adelante.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarla al departamento o centro de atención que se indica en la autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya haya sido divulgada como resultado de esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación de acuerdo con mi póliza.

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente o persona autorizada: Padre Guardián legal Ejecutor Poder notarial

Testigo: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva la autorización completada una de las siguientes maneras: por fax a 858-244-3543; o enviarlo por correo electrónico a BMGMedicalRecordRequest@baycare.org; o devolverlo a su práctica de BMG.

Table with 2 columns: Patient Information (PATIENT) and Release of Information Authorization (RELEASE OF INFORMATION AUTHORIZATION - BMG BC 2958S Rev. 12/18). Includes fields for NAME, DOB, and MRN / FIN.