



P.O. Box 1978 Salisbury, MD 21802

**Medical Records Fax Nos:**

Berlin 410-973-2843

PMD Peds 410-219-5976

Pocomoke 410-957-0152

Princess Anne 410-651-1077

Riverside MH 443-358-6194

Sweetbay MH 410-219-3446

Woodbrooke Adult Med. 410-546-2656

Woodbrooke GYN 410-742-6633

**"POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE"**

**AUTHORIZACION PARA COMPARTIR EXPEDIENTES MÉDICOS**  
(Authorization for Release of Medical Records)

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**1. Personas o grupos de personas autorizadas para usar/compartir esta información y el propósito:**

<input type="checkbox"/> Chesapeake Health Care	Teléfono _____	Fax _____	Propósito:	<input type="checkbox"/> Mis expedientes médicos personales
<input type="checkbox"/> _____	Nombre de Proveedor/Médico		<input type="checkbox"/> Traslado a otro proveedor	
_____	Calle		<input type="checkbox"/> Compartiendo información con otro proveedor	
_____	Estado	Código Postal	<input type="checkbox"/> Otro _____	

**2. Personas o grupos de personas autorizados para recibir esta información:**

<input type="checkbox"/> Chesapeake Health Care	Teléfono _____	Fax _____	<input type="checkbox"/> Yo
<input type="checkbox"/> _____	Nombre		
_____	Calle	Estado	Código Postal
_____	Teléfono	_____	Fax

**3. Descripción de la información para ser usada o compartida: (Por favor marque la caja con un X) Intervalo de fechas:**

<input type="checkbox"/> Copias por correo	<input type="checkbox"/> Expedientes médicos	<input type="checkbox"/> Expedientes de salud mental	<input type="checkbox"/> Información de VIH
<input type="checkbox"/> Historia de vacunaciones	<input type="checkbox"/> Expedientes dentales	<input type="checkbox"/> Radiografías y otras imágenes	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorios

4. Entiendo que la persona quien yo autorizo para usar/compartir mi información médica protegida puede recibir compensación por hacerlo. \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)

Entiendo que puedo rehusar a firmar esta autorización y que si lo hago, no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pago u elegibilidad para beneficios y que yo puedo examinar o copiar alguna información usada o compartida debajo de esta autorización. \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)

5. Entiendo que si la parte que recibe esta información no es un proveedor de cuidado médico o plan de salud susceptible a regulaciones federales de privacidad que la información descrita arriba puede ser divulgada otra vez y ya no es protegida por las regulaciones de privacidad. \_\_\_\_\_ (Iniciales de paciente)

6. Entiendo que puedo rehusar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto en el alcance que la acción en esta autorización no ya ha ocurrido y que mis expedientes son protegidas por regulaciones federales que controlan la Confidencialidad de Expedientes del Abuso de Alcohol y Drogas, 42 CFR Parte 2, y la ley de Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Partes 160 y 164. \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)

7. Esta autorización se hace efectiva \_\_\_\_\_ y expirará en \_\_\_\_\_  
Fecha Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o representativo)

\_\_\_\_\_  
Relación a paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha