



P.O. Box 1978 Salisbury, MD 21802

Medical Records Fax Nos:

- Berlin 855-313-8264
- Healthway MH 866-524-1484
- PMD Peds 844-297-7497
- Pocomoke 866-656-9132
- Power St. Family Med. 833-464-4452
- Princess Anne Adult Med. 866-656-8946
- Princess Anne MH 866-656-9117
- Princess Anne OB/GYN 866-656-9118
- Princess Anne Peds 866-656-9119
- Riverside MH 844-536-8418
- Sweetbay Adult Med. 833-305-0459
- Woodbrooke Adult Med. 866-668-1786
- Woodbrooke OB/GYN 866-656-9131

"POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE"

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

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Teléfono _____

1. Persons or group of persons authorized to use/disclose this information and purpose:

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

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

<input type="checkbox"/> Chesapeake Health Care	<input type="checkbox"/> Yo/Representante	<input type="checkbox"/> Dirección que está escrita arriba	<input type="checkbox"/> Otro _____
<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"/> 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	<input type="checkbox"/> Otro _____

4. Seleccione el método de entrega (Por favor marque la caja con un X)

<input type="checkbox"/> Portal del paciente	<input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado _____ (Dirección de su correo electrónico)
<input type="checkbox"/> Fax _____ (Número de fax)	<input type="checkbox"/> Oficina del Correo Nacional (Estados Unidos) <input type="checkbox"/> Entrega al día siguiente certificada (cargo adicional)

5. Entiendo que la persona quien yo autorizo para usar/compartir mi información médica protegida puede recibir compensación por hacerlo. Entiendo que puedo rehusar a firmar esta autorización y que si lo hago, no afectará mi habilidad para obtener tratamiento u elegibilidad para beneficios y que yo puedo examinar o copiar alguna información usada o compartida debajo de esta autorización. 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. 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)

6. Esta autorización se hace efectiva _____ y expirará en _____.
Fecha Fecha

Según las instrucciones del estado de Maryland, Chesapeake Health Care tiene 21 días hábiles para entregar/enviar sus expedientes médicos.

Firma del paciente (o representante) Nombre escrito en letra de molde del paciente (o representante) Relación a paciente Fecha

Firma de Testigo Nombre escrito en letra de molde del testigo Fecha