



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

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

S. Division St. 833-464-4452

Winterplace Adult Med. 833-449-4699

Woodbrooke Adult Med. 866-668-1786

Woodbrooke OB/GYN 866-656-9131

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

☐ Chesapeake Health Care

☐ _____

Nombre de Proveedor/Médico

Calle

Estado

Código Postal

Teléfono

Propósito: ☐ Mis expedientes médicos personales

☐ Traslado a otro proveedor

☐ Compartiendo información con otro proveedor

☐ Otro _____

Fax _____

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

☐ Chesapeake Health Care

☐ Yo/Representante

☐ Dirección que está escrita arriba

☐ Otro _____

☐ _____

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:

☐ Expedientes médicos

☐ Expedientes de salud mental

☐ Información de VIH

☐ Historia de vacunaciones

☐ Expedientes dentales

☐ Radiografías y otras imágenes

☐ Resultados de laboratorios

☐ Otro _____

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

☐ Portal del paciente

☐ Correo electrónico encriptado _____

(Dirección de su correo electrónico)

☐ Fax _____

(Número de fax)

☐ Oficina del Correo Nacional (Estados Unidos)

☐ 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