



SOLICITUD: PARA OBTENER REGISTROS MÉDICOS DE

Al firmar esta autorización, yo autorizo *Barkley Surgicenter* de utilizar y / o obtener cierta información de salud protegida (PHI) de mí a la parte o partes que se citan a continuación.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Atención: _____

(Nota: Si está solicitando tener PHI enviado por fax a una línea de fax del trabajo a domicilio o, esto no es seguro, ya que puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del beneficiario a una entidad no cubierta y ya no puede ser protegido por la ley HIPAA Regla Federal de Privacidad. Recomendamos el PHI se enviará por correo o recogerlo personalmente en nuestra oficina)

La siguiente información de salud individualmente identificable

(Específicamente describe la información que se publicara, como la fecha(s) de servicio, nivel de detalle para ser lanzado, el origen de la información, etc)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los registros: De _____ A _____ | <input type="checkbox"/> Solicitud Específica |
| <input type="checkbox"/> Resumen del Alta del Hospital | <input type="checkbox"/> Informes Operativos |
| <input type="checkbox"/> Registros de Emergencia | <input type="checkbox"/> Informes de Patología |
| <input type="checkbox"/> Dictado Consultas | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología |
| <input type="checkbox"/> Órdenes Médicos | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Informes EKG |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

Autorizo a la siguiente (PHI) de información para ser lanzado: Por favor, ponga sus iniciales en la línea siguiente a continuación: _____ (Iniciales del paciente) con Hepatitis C, Archivos de VIH / SIDA, Psiquiátricos / Psicológicos información / registros, Tratamiento de Drogas / Alcohol

La información será utilizada o revelada para los siguientes fines:

Para la atención médica Continúa en Barkley Surgicenter, Inc.

Esta autorización para obtener los registros expira el _____. Si una fecha de vencimiento no se escribe el plazo vencerá un año desde la fecha de la firma a continuación.

El objetivo (s) es / son siempre de modo que pueda tomar una decisión informada si se debe permitir que la información que se obtenga. Yo no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento de Gastroenterología Asociados o Barkley Surgicenter. De hecho, tengo el derecho de negarse a firmar esta autorización. También tengo el derecho para inspeccionar o copiar la información pueda ser utilizada o revelada. Cuando es usada o divulgada conforme a esta autorización mi información, que puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario a una entidad no cubierta y ya no pueden ser protegidos por la ley HIPAA Regla Federal de Privacidad. Esta autorización expirará un año desde la fecha en que se firmó; Sin embargo, tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que Barkley Surgicenter ha actuado en dependencia de esta autorización. Mi revocación escrita debe ser sometida a la Seguridad y el Director de Privacidad en 4790 Barkley Circle, Edificio A, FT Myers, FL. 33907.

Firmado por:

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha de Nacimiento y Número de Cuenta

Nombre del Paciente (Imprimir)

Número de Seguro Social (últimos cuatro)

Testigo

Fecha

Barkley Surgicenter, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.