

S. Reed Shimamoto, MD • David Reeder, MD • Kerry Berghoff, FNP-C • Carly Hopkins, PA-C • Corey Seguire PA-C

## FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

### Información para el paciente (en letra de imprenta):

Nombre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**SOLICITAR** registros de lo siguiente:

**LIBERE** los registros STAA a lo siguiente:

Entidad: \_\_\_\_\_

*(Nombre de la persona u organización)*

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de la visita                 | <input type="checkbox"/> Registro de inyección                 | <input type="checkbox"/> Pruebas de función pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio          | <input type="checkbox"/> Receta de suero (fórmula de extracto) | <input type="checkbox"/> Informes de patología       |
| <input type="checkbox"/> Informes de diagnóstico e imágenes | <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas cutáneas    | <input type="checkbox"/> Resultados de la biopsia    |
| <input type="checkbox"/> Informe del estudio del sueño      | <input type="checkbox"/> Todos los registros de la oficina     | <input type="checkbox"/> Registros médicos externos  |

Otro: \_\_\_\_\_

Método preferido de transmisión (marque uno): Fax / Correo / Correo electrónico

Por la presente autorizo a San Tan Allergy and Asthma a divulgar u obtener registros médicos del período \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Entiendo que esta autorización cubre todos los registros, incluidos los relacionados con enfermedades transmisibles, SIDA, VIH, atención de salud mental y/o conductual (excluyendo notas de psicoterapia), abuso de sustancias y/o tratamiento de adicciones, y pruebas genéticas, si existen tales registros. Entiendo que esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha de firma, a menos que se especifique una fecha anterior aquí: \_\_\_\_\_. Entiendo que se me puede cobrar una tarifa razonable de acuerdo con la ley estatal.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*(Firma del padre o tutor: (si el paciente es menor de 18 años)*

### \*\*\*\*\*AVISO DE PRIVACIDAD\*\*\*\*\*

Si recibió este fax por error, comuníquese inmediatamente con el remitente por teléfono (número indicado anteriormente) para organizar la devolución o destrucción de la información y todas las copias. Esta transmisión electrónica contiene información legalmente privilegiada y confidencial, parte o la totalidad de la cual puede ser información de salud protegida según se define en la Regla de Privacidad de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Esta transmisión está destinada al uso exclusivo de la persona o entidad a la que se envía. Por la presente se le notifica que cualquier divulgación, distribución o duplicación de esta información está estrictamente prohibida y puede estar sujeta a sanciones legales o sanciones en virtud de las leyes estatales y federales.