

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Del Paciente:

Fecha De Nacimiento:

No. De Seguro Social:

No. De Teléfono:

Dirección:

PROPORCIONAR A

Yo autorizo a **VERITAS MEDICAL GROUP INC ; a proporcionar** la información de salud como se indica a continuación: a ser liberada Y para propósito de formas alternas de comunicación confidencial el uso de la siguiente dirección de correo electrónico:

Nombre De Persona/Organización:

Dirección:

No. De Teléfono:

Correo Electrónico:

Fechas De Record Médico Proporcionadas:

VERITAS MEDICAL GROUP INC ., (VMG) Ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico. Transmitir información vía correo electrónico tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **VMG** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico. De todas formas, **VMG** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros. Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

PROPOSITO DE ENTREGA

☐ Continuidad De La Atención

☐ Legal

☐ Otros Propósitos *(especifique aquí)*

☐ Seguro

☐ Uso Personal

INFORMACIÓN A SER RELEVADA

☐ Record Medico Completo

☐ Reportes De Operativo

☐ Reportes De Radiología

☐ Reportes De Patología

☐ Informes de Laboratorio

☐

☐

☐

☐ Otro *(especifique aquí)*

AUTORIZACIONES ESPECIFICAS

La siguiente información no puede ser relevada sin la especifica autorización dada marcando la casilla(s) siguientes:

☐ Abuso o Tratamiento De Droga/Alcohol

☐ Información De Pruebas Genéticas

☐ Resultados o Diagnósticos De VIH/SIDA, Enfermedades De Trasmisión Sexual

☐ Tratamientos De Salud Mental o Notas De Psicoterapia
(Relevar Notas De Psicoterapia requiere una autorización por separado)

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la acción ya ha sido tomada. **Esta autorización y consentimiento vencerá a un año de la firma del presente formulario.** Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no podrán ser afectados firme o no esta autorización. Una vez que su información sea entregada, la misma ya no estará resguardada por las leyes.)

Firma De Paciente:

(Guardián/Representante Legal)

Fecha:

Nombre:

(Letra De Molde)

Relación Si No Es El Paciente:

****Si no es la firma del paciente, una copia del documento legal verificando que es el representante del paciente tiene que ser acompañada con este formulario.**