

Autorización para Compartir Información Médica

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____, autorizo a Pandora Family Medicine, ubicada en 6300 Baltimore Ave, University Park, MD 20782, a solicitar la siguiente información médica:

Expediente médico:

Todos los registros médicos, incluyendo (pero no limitado a):

Notas de consultas médicas, Resultados de laboratorio y pruebas diagnósticas, Reportes de radiología, Reportes operatorios, Vacunas, Historial de medicamentos, Alergias y reacciones adversas, Reportes de patología, Notas de progreso, Reportes de consulta, Resúmenes de alta

Periodo de fechas: Desde _____ **hasta** _____.

Clínica o hospital: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono: _____

Fax o correo electrónico: _____

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que tengo derecho a cancelarla en cualquier momento. La información compartida bajo esta autorización podría ser revelada nuevamente por el receptor y dejar de estar protegida por las leyes de privacidad estatales o federales.

Esta autorización estará vigente hasta que yo la revoque por escrito. Entiendo que puedo cancelarla en cualquier momento enviando una solicitud escrita a Pandora Family Medicine.

Reconozco que Pandora Family Medicine no puede garantizar la confidencialidad de la información una vez que haya sido entregada.

También entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmar.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____