

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguridad Social: _____ Registro médico N°: _____

Yo, _____ (nombre completo del trabajador/paciente, en letras de imprenta) autorizo y solicito mediante la presente, la divulgación de toda la información protegida para ayudar a Care West Insurance Company y sus agentes, abogados y subsidiarias a establecer la responsabilidad, naturaleza y alcance de un reclamo por lesiones o discapacidades y establecer beneficios, gastos, compensaciones y daños. Solicito expresamente que el custodio de registros designado de todas las entidades cubiertas de acuerdo a la ley HIPAA, divulgue la información médica protegida completa a la organización identificada, incluyendo lo siguiente:

- Todos los registros médicos, incluyendo: cada página de mis registros, incluidas, entre otras, notas de consultorio, tratamiento de consultorio, historias clínicas, informes, notas de progreso, notas de enfermeras, registros de trabajadores sociales, planes de tratamiento, registros de admisión, resultados de exámenes, cuestionarios, fotografías, videos, mensajes telefónicos y registros recibidos de otros proveedores médicos
- Todas las solicitudes físicas, ocupacionales y de rehabilitación, consulta y notas de progreso.
- Todos los registros de Medicare o Medicaid.
- Todos los registros de farmacia y recetas.

Este consentimiento está sujeto a revocación por parte del suscrito por escrito en cualquier momento, mediante notificación al solicitante mencionado, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud del presente instrumento. Esta autorización terminará en la fecha de resolución de mi reclamo, en el caso de ausencia de revocación expresa.

Comprendo que tengo derecho como paciente a revisar la información divulgada solicitándola a la organización que la proporciona.

Por la presente eximo a todas las partes de toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de esta información a las partes mencionadas anteriormente. El presente documento es consentimiento informado para la divulgación de registros. Una fotocopia de este original se considerará tan válida como el original.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Representante del paciente: _____ Relación: _____ Fecha: _____

Nombre del representante (en letra de imprenta): _____