

NUVIA HEALTH

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402
Telefono: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE REGISTROS MEDICOS

SECCION 1 — INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre Completo del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion: _____ Numero de Telefono: _____
Ciudad, Estado,Codigo Postal: _____ Correo Electronico: _____
SSN (ultimos 4): _____ # de Expediente Medico: _____

SECCION 2 — ENVIAR DESDE

ENVIAR DESDE:

Proveedor / Facilidad: _____
Direccion: _____
Ciudad, Estado, C.P.: _____
Telefono / Fax: _____

SECCION 3 — ENVIAR A

ENVIAR A:

Proveedor / Facilidad: Nuvia Health
Direccion: 243 FM 1903, Suite 800
Ciudad, Estado, C.P.: Greenville, TX 75402
Telefono / Fax: (903) 310-3231 / (866) 538-5188

SECCION 4 — REGISTROS SOLICITADOS

Tipo de Registros (marque todo lo que aplique):

- ☐ Registros Medicos Completos
- ☐ Notas de Consulta
- ☐ Resultados de Laboratorio
- ☐ Imagenes / Radiologia
- ☐ Informes Operatorios
- ☐ Resumen de Alta
- ☐ Registros de VIH/SIDA *

Rango de Fechas:

- ☐ Registros de Referencia
- ☐ Registros de Vacunas
- ☐ Registros de Facturacion
- ☐ Historial de Recetas
- ☐ Registros de Salud Mental *
- ☐ Registros de Uso de Sustancias *

Desde: _____
Hasta: _____
☐ Todos los Registros

Proposito de Divulgacion:

- ☐ Atencion Medica Continua
- ☐ Legal / Seguro
- ☐ Registros Personales
- ☐ Otro (especifique): _____

Metodo de Entrega:

- ☐ Recoger en Persona
- ☐ Enviar por Correo
- ☐ Enviar por Fax
- ☐ Electronico Seguro

* Puede requerirse consentimiento adicional segun la ley estatal/federal.

SECCION 5 — AUTORIZACION Y FIRMA

Entiendo que esta autorizacion es voluntaria y que puedo negarme a firmar. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripcion o elegibilidad para beneficios no estara condicionado a firmar este formulario. Puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones. Esta autorizacion vence un (1) ano a partir de la fecha de firma a menos que se indique lo contrario.

Fecha de Vencimiento (si es diferente a 1 ano): _____

Firma del Paciente / Representante Legal

Fecha

Relacion con el Paciente (si no es el paciente)

Este formulario cumple con HIPAA (45 CFR §164.508) y los requisitos aplicables delCodigo de Salud y Seguridad de Texas. | Envie por fax al (866) 538-5188