



OPEN DOOR
FAMILY MEDICAL CENTERS

5 Grace Church Street, Port Chester, NY 10573
Tel: 914-937-8899 Fax: 914-937-7932

Autorización para envío de documentos médicos

Other Locations:

- Open Door Ossining**
Tel: 914-941-1263 Fax: 914-941-8626
- Open Door Sleepy Hollow**
Tel: 914-631-4141 Fax: 914-631-1867
- Open Door Mount Kisco**
Tel: 914-666-3272 Fax: 914-666-3287
- Open Door Brewster**
Tel: 845-279-6999 Fax: 845-279-0908

Nombre del paciente _____ Apellido de soltera _____ SS# _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono de casa _____ Celular/Trabajo _____

Domicilio _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Correo electrónico: _____

A) Autorizo que los documentos médicos de:

B) Sean enviados a:

Nombre _____

Nombre _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código _____

Ciudad/Estado/Código _____

Teléfono# _____ Fax# _____

Teléfono# _____ Fax# _____

C) Se hace este pedido por la/s siguiente/s razón/es:

- Continuidad del tratamiento/Transferencia del tratamiento (2 años sin costo)
- Copia propia/personal
- Seguros
- Discapacidad
- Compensación para trabajadores
- Litigación
- Otro _____

Período de _____ a _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Notas del medico | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Cardiología/EKG | <input type="checkbox"/> Mínimo Necesario |
| <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio/patología | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología/Rayos X/MRI |
| <input type="checkbox"/> Reportes de procedimientos operatorios | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Incluya (Indique escribiendo sus iniciales a continuación): Tenga en cuenta que la información no se divulgará si no escribe sus iniciales.

Es necesaria mi autorización específica para la divulgación de la información del tratamiento por consumo de drogas o alcohol relacionado con el VIH/SIDA o el tratamiento de salud mental, y el receptor tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización a menos que se le permita hacerlo bajo la ley federal o estatal.

- _____ Tratamiento por consumo de drogas/alcohol
- _____ Información relacionada con el VIH/SIDA
- _____ Tratamiento de salud mental (excepto las notas de psicoterapia)
- _____ Información de pruebas genéticas

Entiendo que el autorizar la distribución de esta información sobre mi salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que cualquier distribución de información implica potencialmente otro envío autorizado que no esté necesariamente protegido por reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas respecto al envío de información sobre mi salud, puedo ponerme en contacto con el individuo y organización responsable por el envío.

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación al Departamento de Registros Médico. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido compartida en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le garantiza a mi asegurador el derecho a impugnar un pedido basado en mi póliza de seguros. **He leído la información en este formulario de envío y estoy de acuerdo en que comprendo totalmente los términos y condiciones de esta autorización.**

He leído la información en este formulario de envío y estoy de acuerdo en que comprendo totalmente los términos y condiciones de esta autorización

Esta autorización expirará en un año de la fecha arriba indicada a menos que yo especifique otra fecha _____.
(Expiración de la fecha de autorización)

(Fecha)

(Firma del paciente/padre/guardián o representante autorizado)

****Sujeto a costos**

Por favor lea Información de costos: **Open Door Family Medical Centers** tiene un contrato con DataFile Technologies para copiar y proveer todos los documentos médicos que se pidan a través de nuestra oficina. Nos reservamos el derecho a establecer los costos determinados por El artículo 18 de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York. Cargos de copia más gastos de envío serán facturados a usted por DataFile Technologies, LLC, incluido encontrara todas las instrucciones necesarias para recibir sus documentos. Al firmar esta autorización, usted accede a pagar a DataFile Technologies por sus documentos. En el caso de transferencia del tratamiento, es posible que podamos transferir, como cortesía, una porción mínima de la documentación a un médico.