

Orthopaedic Institute of Ohio
801 Medical Drive - Suite A
Lima, Ohio 45804
419-224-0015

Autorización para envío de documentos médicos

Nombre del paciente _____ Apellido de soltera _____ SS# _____

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

Domicilio _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Correo electrónico: _____

Autorizo que los documentos médicos de:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código _____

Teléfono# _____ Fax# _____

Sean enviados a:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código _____

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 _____

- Notas del médico
- Reportes de Cardiología/EKG
- Reportes de laboratorio/patología
- Vacunas
- Reportes de procedimientos operatorios
- Reportes de Radiología/Rayos X/MRI
- Mínimo Necesario
- Otro _____

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.

Información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus humano de inmunodeficiencia (VHID), información sobre servicios de salud mental o de comportamiento, y tratamiento para abuso de alcohol o drogas, solamente será distribuida con autorización.

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 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

(Fecha) _____ (Firma del paciente/padre/guardián o representante autorizado) ****Sujeto a costos**

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

Por favor lea Información de costos: Orthopaedic Institute of Ohio 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 estado de Colorado. 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.