B

mosaic health
Better happens together.

For Internal Use Only: _____

Signature of Mosaic Health Staff receiving completed form

Patient Account Number:_____ Date _____

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

1 Nombre de Paciente:_____Fecha de Nacimiento: _____

Dirección:_____Número de Teléfono: _____

Autorizo a Mosaic Health a obtener los registros del paciente mencionado anteriomente a:

2 Nombre_____Dirección_____

Ciudad/Estado/Código Postal_____Teléfono:_____Fax#_____

3 **Escoja cuáles registros se necesitan obtener, marque abajo:**

☐ **Registro Médico Completo** ☐ **Registro Dental Completo** ☐ Radiografías Médicas ☐ Radiografías Dentales

☐ Resultados de Laboratorio ☐ Lista de Medicamentos ☐ Registro de Vacunas ☐ Notas de Progreso

Otras:

Para las Siguientes Fechas de Tratamiento:_____

(Ejemplos: Fechas Específicas - 13/01/2020; Rango de Fechas - Enero-Julio 2019)

*** Si los registros incluyen registros de un menor esta autorización requiere la firma del menor.**

4 **Se requiere autorización especifica para divulgar la siguiente documentación**

(Indique con sus Iniciales abajo, si no tiene sus iniciales la información no nos será divulgada)

___Tratamiento de Alcohol/Drogas ____ Información Relacionada al VIH/SIDA ___Tratamiento de Salud Mental

* Al autorizar específicamente la divulgación de lo relacionado con el VIH/SIDA, el tratamiento de alcohol o drogas, y/o el tratamiento de salud mental el destinatario tiene prohibido volver a divulgar esta información sin mi autorización, a menos que lo permita la ley estatal o federal.

* Si está enviando radiografías dentales por favor envíe un correo electrónico a dentalx-ray@masaichealth.org

La Información debe ser solicitada por la siguiente(s) razón(es):

5

☐ Transferencia de Cuidado ☐ Escuela/Empleo ☐ Discapacidad ☐ Legal ☐ Referido/Coordinación del Cuidado

Entiendo que la autorización para divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar ésta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de la información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo ponerme en contacto con la persona u organización autorizada para la divulgación.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos en Mosaic Health. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya ha sido divulgada como respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.

Esta autorización se vence el:_____(ponga fecha aquí), o dentro de un (1) año de la fecha de autorización, lo que ocurra primero.

6 _____ _____

Firma del Paciente/Padres/Representante Legal Fecha de firma

_____

Nombre en Letra Imprenta de la Firma de Arriba Relación con el Paciente

☐ **Mount Morris**
1 Murray Hill Drive
Building 1, Room 140
Mt. Morris, NY 14510
P: 585-243-7840
F: 585-554-3342

☐ **Rushville**
2 Rubin Drive
Rushville, NY 14544
P: 585-554-4400
F: 585-554-3342

☐ **Utica-Medical**
1651 Oneida Street
Utica, NY 13501
P: 315-793-7600
F: 315-792-0079

☐ **Utica-Dental**
3 Parkside Court
Building 1
Utica, NY 13501
P: 315-293-7600
F: 315-792-0079

☐ **Lyons**
1519 Nye Road
Lyons, NY 14489
P: 315-871-3178
F: 585-554-3342

☐ **Ilion**
55 Central Plaza,
Suite B
Ilion, NY 13357
P: 315-444-1900
F: 315-792-0079