

Solicitud y autorización para revelar los Registros Médicos y la Información de Salud Protegida

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ #Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Nombre de Soltera: _____

Yo, el abajo firmante, autorizo (Nombre del Hospital de Maternidad y OBSTETRA /GINECOLOGO de todos los nacimientos, y las Clínicas de fecundación in vitro para ciclos de subrogación previos si es aplicable) _____

usar o revelar información de mi salud protegida como indica abajo a:

Conceptual Options, LLC

13025 Danielson Street, Suite 200, Poway, CA 92064

Phone: (858)748-4222 Fax: (858)748-4244

Información que se publicará

- Historial y Examen Físico
- Reportes de Exámenes
- Reportes de Ecografía
- Reportes de Consultas
- Tratamientos

- Embarazos , OB/GYN, Partos
- Frotis de papanicolao
- Otra Información Pertinente
- HIV/AIDS- Información relacionada y pruebas
- Historial de ciclos previos de subrogación

1. Entiendo que esta autorización caducará a los dos años desde la fecha en que se firmó. Una fotocopia de este formulario será considerad válida como el original.
 2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito y esta autorización dejará de ser efectiva en la fecha notificada, salvo en la medida en que ya se han tomado medidas basadas en ellas.
 3. Entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización podrá estar sujeta a revelación de nuevo por parte del beneficiario y no estar protegidas por reglamentos federales de privacidad. Sin embargo, otra ley estatal o federal puede prohibir al destinatario que revele información especialmente protegida, tales como información relacionada con el VIH/SIDA y psiquiátricos o información de salud mental.
 4. Mi salud y pago de mi atención de salud no se verá afectada si yo no firmo este formulario.
 5. Tengo entendido que la firma de esta Autorización es voluntaria, pero es necesaria para participar en este programa.
 6. Entiendo que voy a recibir una copia de este formulario después de que lo firme.
- Por favor procese esta petición dentro de los 15 días, según lo dispuesto por la ley.**
Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido esta autorización.

Firma del Paciente

Día