



Tepeyac OB/GYN
Something More Than Medicine™

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR / DIVULGAR EXPEDIENTES MÉDICOS

4001 Fair Ridge Drive, Suite 304, Fairfax, VA 22033 | 703-273-9440 | Fax 703-273-9445

* Todos los campos marcados con un asterisco son obligatorios.

A	INFORMACIÓN DEL PACIENTE
* Nombre del paciente: _____	* Fecha de nacimiento: ____/____/____
Correo electrónico: _____	* Teléfono: _____
* Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____	
B	EXPEDIENTES A / DE TEPEYAC
* Autorizo (marque una opción): ☐ A TEPEYAC OB/GYN a PROPORCIONAR los expedientes indicados a continuación A: ☐ Autorizo a la persona, proveedor u organización indicada abajo a enviar mis expedientes médicos a TEPEYAC OB/GYN:	
* Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____	
C	INFORMACIÓN QUE SE PROPORCIONARA
* Fechas de servicio: Desde _____ Hasta _____ ☐ Todas las fechas	
* Seleccione los expedientes: ☐ Todos los expedientes médicos ☐ Otro: _____	
D PROPÓSITO	E MÉTODO DE ENTREGA PREFERIDO
☐ Continuidad de atención ☐ Transferencia de atención/cambio de práctica ☐ Uso personal ☐ Seguro/Discapacidad ☐ Legal ☐ Otro: _____	☐ Portal del paciente ☐ Correo electrónico seguro ☐ Fax ☐ CD/memoria USB ☐ Recogida de copias en papel* ☐ Otro: _____ *Las copias electrónicas se proporcionan sin costo. Las copias en papel solicitadas por el paciente pueden estar sujetas a un cargo de \$0.25 por página, según lo permitido por las leyes federales y de Virginia aplicables.
F	AUTORIZACIÓN Y FIRMA
Entiendo que: • Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. La revocación no afectará los expedientes que ya hayan sido proporcionados conforme a esta autorización. • En general, mi tratamiento o pago no estarán condicionados a que firme esta autorización, salvo cuando la ley lo permita. • La información proporcionada en virtud de esta autorización puede ser compartida nuevamente por el destinatario y, en ese caso, podría dejar de estar protegida por las leyes de privacidad aplicables. • Los expedientes seleccionados pueden contener información confidencial o sensible, salvo que la ley exija una autorización por separado para cierta información. • Las copias en papel solicitadas por el paciente pueden estar sujetas a un cargo de \$0.25 por página, según lo permitido por las leyes federales y de Virginia aplicables. Las copias electrónicas se proporcionan sin costo. • Una copia de esta autorización y un registro de las divulgaciones realizadas se conservarán con mi expediente médico. • Esta autorización vence al completarse esta solicitud o seis meses después de la fecha en que se firme, lo que ocurra primero.	
* Firma del paciente / representante autorizado: _____ * Fecha: _____	
* Nombre completo: _____ ☐ Paciente Relación/Autoridad: _____	

PARA USO DE LA OFICINA: Date received: _____ Date completed: _____ Staff initials: _____