

A: CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL O PROVEEDOR MÉDICO EN CUALQUIER UBICACIÓN

Proveedor de Cuidado de Salud

AUTORIZACIÓN de USO o DIVULGACIÓN de INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA De conformidad con la LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD DE 1996 145 C.F.R. 164.5081

Nombre del Paciente:

dirección: _____

Doy mi consentimiento y autorizo al Proveedor de atención médica mencionado anteriormente, y / o a su agente de facturación o registros debidamente designado para que lo entregue a:

**Calhoun Law, PC, 124 East Main St. Lincolnton, NC 28092
P.O. Box 695, Lincolnton, NC 28093-0695**

Información médica que incluye notas / resúmenes de médicos o enfermeras y resultados de diagnóstico para los siguientes períodos:

La información será utilizada / divulgada para los siguientes propósitos: ** REPRESENTACIÓN LEGAL **

Esto autorizará a **Calhoun Law, PC, 124 East Main St. Lincolnton, NC 28092** o sus representantes debidamente autorizados, para examinar, reproducir o copiar de cualquier otra manera, y para discutir oralmente u obtener informes orales y escritos al respecto. según lo soliciten, cualquiera de los siguientes:

1. Todos y cada uno de los registros hospitalarios, radiografías e informes de los mismos, informes y registros de laboratorio, todas las pruebas e informes de los mismos, declaraciones de cargos y todos los registros relacionados con mi (s) hospitalización (es);
2. Todos y cada uno de los registros médicos, incluidas las tarjetas de registro del paciente, las cubiertas de los archivos, las radiografías y los informes de los mismos, los informes y registros de laboratorio, todas las pruebas e informes de los mismos, las declaraciones de cargos y todos los registros relacionados con mi atención médica;
3. Todas las notas, correspondencia o registros de cualquier otra persona de mi naturaleza, hechos por mi médico, enfermeras u otras personas que me conciernen, mi condición o mi tratamiento;
4. Todos los bloques de tejido y / o portaobjetos de tejido;
5. Todos los especímenes de patología de cualquier naturaleza;
6. Todas las películas y / o informes de microscopía electrónica;
7. Todos y cada uno de los registros, informes, transcripciones u otros documentos educativos y / o vocacionales;
8. Cualquier y toda la información de reclamos de gravamen / subrogación para Medicare, Medicaid y terceros aseguradores.

(La información puede incluir información médica relacionada con el tratamiento del alcohol, atención psiquiátrica, evaluaciones psicológicas, abuso de sustancias y / o VIH / SIDA, si corresponde)

Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por estas regulaciones. La entidad cubierta no puede impedir mi capacidad de recibir tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios sobre si el individuo firma la Autorización cuando se aplican las prohibiciones de condicionamiento de Autorizaciones. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada / divulgada bajo esta autorización en la medida permitida por la ley. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso de revocación por escrito al Proveedor de atención médica. Además, entiendo que no puedo revocar esta autorización en la medida en que se hayan tomado medidas en base a esta autorización. A menos que se revoque, esta autorización no caducará y continuará siendo válida durante el período de mi representación por parte de Calhoun Law, PC. Una copia de esta Autorización firmada es tan efectiva y válida como el original por tres (3) años a partir de la fecha de su firma.

Este es el ___ día de ____, 2020.

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente