



P.O. Box 224
Flourtown, PA 19031
Main Number: 888-836-0260

Autorización y Consentimiento Para Revelar Información

Por la presente, autorizo a los representantes de Guardian Nurses Healthcare Advocates, de manera continua mientras me brindan servicios de defensa y atención médica, a obtener la siguiente información de los registros de salud y el personal clínico con quien trabajo:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ últimos 4SS#

Dirección completa: _____ Número de teléfono: _____

Puede buscar ayuda para completar este formulario de Guardián Nurses. POR FAVOR VERIFIQUE TODA LA INFORMACIÓN A OBTENER. Fecha de servicio: _____

<input type="checkbox"/> Récord medico	<input type="checkbox"/> Informe de patología	<input type="checkbox"/> Informe de laboratorio
<input type="checkbox"/> Récord de sala de emergencia	<input type="checkbox"/> Informe Operativo	<input type="checkbox"/> Informe de radiología
<input type="checkbox"/> Registro de procedimiento corto	<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Resume de alta	<input type="checkbox"/> Resume de registro	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento
<input type="checkbox"/> Registro psiquiátricos para pacientes ambulatorios	<input type="checkbox"/> Historial y físico	<input type="checkbox"/> Evaluación inicial
<input type="checkbox"/> Registro de inmunización	<input type="checkbox"/> Expediente Educativo	<input type="checkbox"/> Notas de progreso
<input type="checkbox"/> Otro/a	<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> Información de seguro médico

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios mentales y tratamiento por abuso de alcohol y drogas. INFORMACIÓN QUE DEBE OBTENERSE DE: INCLUYA NOMBRE Y DIRECCIÓN:

CON EL FIN DE: **DEFENSA DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN**

INFORMACIÓN OBTENIDA VÍA (CIRCULE) Teléfono Fax Correo de E.E Mensaje de texto Correo electrónico

Además, autorizo a las enfermeras guardianas a comunicarse conmigo o con mi POA por mensaje de texto. Además entiendo que esos mensajes de texto no son seguros. INICIALES _____ FECHA _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que sí revocar esta autorización, debe hacerlo por escrito a Guardian Nurse, Inc. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.. A menos que se revoque de otro modo, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento o condición::

Si no especificó una fecha de vencimiento, evento O condición, esta autorización vencerá el: _____

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada y es posible que la información no está protegida por las normas federales de confidencialidad.

Firma del paciente o Representante Legal

Fecha

Si estás firmando por el representante legal,
relación con el paciente

Firma del testigo