



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

LETRA DE MOLDE

Nombre legal del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

1. Revele mis registros de:

ORTHOPAEDIC ASSOCIATES OF WI
N15 W28300 GOLF ROAD
PEWAUKEE, WI 53072-4800

2. Revele mis registros a:

Persona, clínica u organización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Fax: _____

3. Registros que quiero revelar: (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| ☐ Notas del médico | ☐ Informes de operaciones |
| ☐ Informes de laboratorio, incluyendo informes de patología | ☐ Notas de terapia |
| ☐ Informes de radiografías/radiología/MRI | ☐ Videos y CD |
| ☐ Todas las pruebas de diagnóstico, incluyendo EMG y densidad ósea | ☐ Registros de facturación |

☐ Otro (especifique): _____

4. Año de servicio o parte del cuerpo: _____

5. Propósito:

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| ☐ Atención médica de seguimiento/2.ª opinión | ☐ Seguro | ☐ Abogado |
| ☐ Discapacidad | ☐ Personal | ☐ Compensación de trabajadores |
| ☐ Otro (especifique): _____ | | |

6. Revelado por: ☐ Correo ☐ Recolección Lugar: ☐ Pewaukee ☐ Brookfield ☐ Mukwonago

☐ Correo electrónico Correo electrónico: _____

☐ Fax Número de fax: _____

Autorizo que se use o revele mi información médica protegida como se describe abajo:

Entiendo que es posible que la información usada o revelada como resultado de esta autorización ya no la protejan las leyes federales de privacidad y que las personas u organizaciones que la reciban la puedan usar o revelar sin obtener mi autorización. Puedo negarme a firmar esta autorización y esto no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o recibir el pago de reclamos. Tengo derecho a revocar esta autorización enviando un aviso por escrito a Orthopaedic Associates of Wisconsin. La revocación de esta autorización no afectará ninguna medida tomada antes de recibir la cancelación por escrito. Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o acontecimiento: _____.

Si no especifico una fecha o acontecimiento de vencimiento, esta autorización vencerá en 6 meses.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

PERSONA CON AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA FIRMAR (se necesita evidencia): _____

FECHA: _____

* Motivo por el que el paciente no puede firmar: ☐ Es menor ☐ Falleció ☐ Otro: _____

PARA USO DEL PERSONAL:

Revelado por: _____ Número de páginas reveladas: _____

Disco de imágenes revelado: ☐ Sí ☐ N/A Fecha de la revelación: _____

Método de revelación: ☐ Correo ☐ Recolección ☐ Fax ☐ Correo electrónico