

Srengam Muralidhasan, M.D. LLC  
1605 El Paseo Rd, Las Cruces NM 88001  
P: 575-523-5400 F: 575-523-5401

**Autorización para divulgar información de salud**

PARA: \_\_\_\_\_

Nombre del contratista proveedor/médico/instalaciones/Medicare Salud

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal

DE: Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Yo autorizo y solicito a la divulgación de toda información protegida con el fin de revisión y evaluación en relación con una demanda legal. Solicito expresamente que el designado Custodio récord de todas las entidades cubiertas bajo HIPPA identificados anteriormente divulgar su información médica protegida plena y completa incluyendo los siguientes:

Todos los registros médicos, lo que significa cada página en mis discos, incluyendo pero no limitado a: Oficina notas, rostro hojas, historia y física, notas de consulta, hospitalización, ambulatorio y urgencias tratamiento, clínicos todos los gráficos, informes, hojas de pedidos, notas de progreso, notas de la enfermera, registros de trabajador social, registros clínica, planes de tratamiento, registros de admisión, descarga resúmenes, solicitudes de e informes de consultas, correspondencia, fotografías, videos, mensajes de teléfono y los registros recibidos por otros proveedores de servicios médicos.

Todo física, ocupacional y rehabilitación peticiones, consultas y notas de progreso.

Toda autopsia, laboratorio, histología, citología, patología, inmunohistochemistry records y muestras; Radiología discos y películas, incluyendo la exploración del CT, MRI, MRA, EMG, gammagrafía ósea, myelogram; nervio conducción cardíaca, ecocardiografía y estudio de cateterismo resultados, vídeos/CDs/películas/carretes e informes.

Todos los registros de farmacia/receta incluyendo números de NDC y drogas información folletos/monografías.

Todos los registros de facturación incluyendo todas las declaraciones, formularios de reclamación de seguros, facturas detalladas y registros de facturación a terceros pagadores y pago o denegación de beneficios para el período \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

Entiendo que la información sea liberado o revelada puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y alcohol y abusan de drogas. Autorizo la liberación o la divulgación de este tipo de información.

Esta información de salud protegida es divulgada por las siguientes razones: \_\_\_\_\_

Esta autorización se da en cumplimiento de los requisitos de autorización federal para liberación de registros de alcohol o abuso de sustancias de 42 CFR 2.31, las restricciones de los cuales han sido consideradas específicamente y expresamente renuncia.

Usted está autorizado para liberar los registros anteriores a los siguientes representantes del demandado en la materia por encima de derecho que han accedido a pagar cargos razonables hechos por usted a suministrar copias de dichos registros:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante

\_\_\_\_\_  
Capacidad representativa (e.g. abogado, solicitante de los registros, agente, etc.).

\_\_\_\_\_  
Direccion

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal

Entiendo lo siguiente: ver CFR § 164.508©(2)(i-iii)

- a. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que la información ha sido liberado confiando en esta autorización.
- b. Esta información aparecida en respuesta a esta autorización puede ser re divulgada a terceros.
- c. Mi tratamiento o pago por mi tratamiento no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.

Cualquier fax, copia o fotocopia de la autorización autorizará a que libere a los registros solicitados en este documento. Esta autorización estará en vigor y efecto hasta dos años desde la fecha de ejecución en el cual esta autorización expira.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legalmente autorizado o paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y relación del representante legalmente autorizado a paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha