

J. Richard Lilly, M.D., A.B.F.P. y Asociados

5804 Baltimore Ave.
Hyattsville, MD. 20781
(301) 927-7800
(301) 209-9474 (Fax)

AUTORIZACION PARA REVELAR REGISTRO MEDICOS

Nombre del paciente : _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion: _____ Numero del Seguro Social: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____
Numero de telefono de Casa: _____ Numero de trabajo: _____ Celular: _____

A solicitud del individuo, Yo _____, por la presente autorizo a J. Richard Lilly M.D. y Asociados que revele : (Nombre del paciente)

_____ Registros Medico Completo _____ Los ultimos 2 anos _____ Otro (especifique) _____

_____ Yo acepto _____ Yo no acepto la autorizacion de reveler la informacion relatada de SIDA (Sindrome de inmunodeficiencia adquirida) o VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) Infeccion, atencion psiquiatricay/o una evaluacion psicologica y tratamiento para el alcohol y/o abuso de drogas.

PROPOSITO DE REVELACION:

_____ Refererencia al Especialista _____ Seguro _____ Compensacion de trabajo
_____ Investigacion personal _____ Derteminacion de discapacidad _____ Personal
_____ Otro(Specify) _____

INFORMACION REVELADA A: Nombre _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____

J. Richard Lilly, M.D. y Asociados ha contratado a **CIOX HEALTH** para procesar su solicitud de registros médicos. El costo por este servicio es:

\$0.36 por pagina/imagen para/imagenes 1-200 \$0.12 por pagina/imagen para pagina/imagenes 201+
*Mas costo de envio de primera clase (Codigo de MD. 4-304 (c) aplicar)
(E-delivery caundo sea pedido con el mismo costo sin costo de envio)

Usted recibira una factura de **CIOX HEALTH** por servicios prestados (1800-367-1500)

Tenga en cuenta que no hay ninguna costo para las solicitudes de registros médicos enviados directamente a un médico o centro de salud para continuar atención medica.

Al firmar a continuación, reconozco que soy consciente del costo que se facturará a mí para solicitar una copia de mi expediente médico. Estoy de acuerdo en pagar esta cuota cuando se prestan los servicios y reciba una factura de CIOX Technologies.

Nota: Las leyes federales y estatales permiten una tarifa a cobrar por la copia de los registros de pacientes

Por la presente autorizo la divulgacion de la informacion de salud para el paciente arriba mencionado. Esta autoizacion tiene una validez de 12 meses desde la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta peticion con una notificacion por escrito, pero que no va a efectuar ningun informacion publicada antes de la notificacion de la cancelacion. Entiendo que la informacion usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgacion por la persona o clase de personas o instalaciones que lo recibe, y entonces ya no estar protegidas por las regulaciones federales. Entiendo que el proveedor de servicios esa amueblada no puede condicionar su tratamiento de mi si firmo o no la autorizo..

Firma del respresentate individual o tutor o persona del patrimonio del paciente _____
Fecha

J. Richard Lilly, M.D., A.B.F.P. y Asociados

5804 Baltimore Ave.
Hyattsville, MD. 20781
(301) 927-7800
(301) 209-9474 (Fax)

**AUTORIZACION PARA LA REVELACION DE INFORMACION MEDICA PARA
J. RICHARD LILLY, M.D. Y ASOCIADOS**

REVELAR INFORMACION DE : Nombre: _____
(Direccion de Hospital o Doctor)
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

REVELACION DE INFORMACION PARA:

Nombre de Paciente : _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion: _____ Numero de Seguro Social: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Telephono de casa: _____ Telephono de trabajo: _____ Numero de celular: _____

_____ Registro Medico completo _____ Ultimo 2 anos _____ Otro (Explique) _____

| | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| _____ Resumen de Descargo | _____ Reportes de Patologia | _____ Reportes de emergencias |
| _____ Fisico y Historial | _____ Reportes de Laboratorios | _____ Otro _____ |
| _____ Notas de progreso | _____ Reportes de Radiologia | _____ |
| _____ Notas operativas | _____ ECG/EEG/Cardiac Cath. | _____ |

_____ Yo acepto _____ Yo no acepto la autorizacion de revelar la informacion relatada de SIDA (Sindrome de inmunodeficiencia adquirida) o VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) Infeccion, atencion psiquiatricay/o una evaluacion psicologica y tratamiento para el alcohol y/o abuso de drogas.

PROPOSITO DE REVELACION:

_____ Referencia de especialista _____ Seguro _____ Compensacion de Empleo
_____ Investigacion Legal _____ Determinacion de Discapacidad _____ Personal
_____ Otro (especificar) _____

A solicitud del individuo, Yo _____, por la presente autorizo a J. Richard Lilly M.D. y Asociados que revele to : _____ (Nombre del paciente)

Mandar la informacion a :

**J. Richard Lilly, M.D., A.B.F.P.
y Asociados
5804 Baltimore Avenue
Hyattsville, MD 20781
(301) 927-7800
Fax: (301) 209-9474**

Firma de individuo o tutor

Fecha