

**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) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ 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