



P.O. Box 337 Layton, UT 84041
records@tannerclinic.com
 (801) 773-4840 Ext. 3369 – Phone / (801) 525-8194 – Fax

Autorización para divulgación de información protegida de salud de Tanner Clinic

* UN PACIENTE POR SOLICITUD. CADA PACIENTE SOLICITUD DEBE SER HECHA SEPARADO *

Directrices HIPAA definen registros de pacientes como protegido y no pueden divulgarse sin autorización por escrito. El paciente no está obligado a firmar esta autorización para recibir tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, o elegibilidad para beneficios. Esta autorización expira en cumplimiento de esta solicitud.

>> Espere al menos 7 días hábiles de su solicitud sea procesada <<

****Toda la información necesaria, incluyendo firma y fecha, llenar todo y legible para que se pueda cumplir su petición****

Solicitud de divulgación de registros de salud de:

Nombre del Paciente _____
 Anteriores otros nombre, apellido, etc _____
 Dirección _____
 Ciudad, Estado, Zip _____

Fecha de Nacimiento _____
 Número de teléfono _____
 Email _____

Información solicitada:

Registros Médicos

Rango de fechas: (Seleccione solo una opción a continuación):

- Todos los récords El año pasado 1**
- Todos los registros de Hace 2 años**
- Todos los registros de Últimos 5 años**
- Limitada – Tipo de registro específico/Rango de fechas**
 - Notas de consulta Fecha _____
 - Laboratorio informes Fecha _____
 - Informes cardíacos (ECG, tensión) Fecha _____
 - Informes quirúrgicos Fecha _____
 - Informes de rayos x, CT, MRI Fecha _____
 - Otros _____ Fecha _____

Registros de salud conductual/salud mental

Rango de fechas _____

Motivo de la divulgación:

Enviar a otro médico Seguro Legal Militar transferencia Para uso propio Otra _____

Los registros son revelados/enviarse a:

Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad, Estado, Zip _____
 Relación con el paciente _____

Teléfono # _____
 Fax # _____
 Email _____

Método de divulgación (Usted debe seleccionar sólo copias digitales o copias en papel – no los dos):

De copias digitales: 1. Email 2. Portal paciente (debe estar inscrita en el Portal) 3. Otro _____
 OR

Para las copias de papel: 1. Recoger >>Recoge sólo en Kaysville Tanner Clínica 2. Correo 3. Fax _____

* **Nota:** todas las solicitudes en **más de 200 páginas**, no imprimirá en papel – se generarán digitalmente

Desligo la instalación mencionado o médicos de toda responsabilidad legal que pudiera derivarse de la publicación de esta información. Reconozco que los registros para ser lanzado pueden incluir material que está protegido por la normativa Federal 42 CFR, parte 2, incluyendo información de pruebas de VIH/SIDA, información de drogas y alcohol e información de salud mental. Mi firma abajo autoriza la liberación de toda la información solicitada. Dicha autorización puede ser revocado por escrito en cualquier momento contactando con registros médicos de la clínica de Tanner, excepto en la medida se ha tomado acción en confianza al respecto. Información divulgada puede ser objeto de revelar por el destinatario y no puede estar protegido por las regulaciones HIPAA.

Firma del paciente solicitando registros

(o representante y relacion si paciente es un menor de edad)

Signature of Patient Requesting Records

(or personal representative & relation if patient is a minor)

Escriba el nombre del paciente (o representante y relación
si el paciente es un menor de edad)

Fecha de solicitud (Date)

Firma del personal de la clínica aceptando esta petición
(Signature of clinic staff accepting request)

AL RECOGER LOS REGISTROS MRN _____

Firma del paciente que recibe los registros

(o representante y relacion si paciente es un menor de edad)

Signature of Patient Receiving Records

(or personal representative & relation if patient is a minor)

Fecha de recepcion de registros

Firma del personal de la clínica dando registros

(Signature of clinic staff issuing records)

Tipo de identificación marcada : D.L. Otra _____

Feb 2024