



William G Liakos Jr. MD, FAAP
 Margarita Macias, MD
 Teresa Ryan, CPNP
 Cynthia Amaya, CPNP-PC

Karen L. Carson MD, FAAP
 Lori Zink MD, FAAP
 Rene Moya, CPNP
 Stephanie Sugg, CPNP-PC

Abelardo Garcia, MD
 John Leak, PA-C
 Justine Carmichael, MSN FNP-C
 Felipe Zanghellini, MD

Rachel Whitlock,
 Tracy Atkins, CPNP
 Brianne Rowell, APRN-CNP
 Deanna Henderson, CPNP-PC

813 North Washington Avenue, Roswell NM, 88201 Phone: (575) 622-2606 Fax: (575) 622-6645
 608 N 1st Street, Artesia NM, 88210 Phone: (575) 746-8880 Fax: (575) 746-2416
 1034 N Spring Street, Carlsbad NM, 88220 Phone:(575) 941-3854 Fax: (575) 941-3592
 113 S Lincoln Avenue, Dexter NM, 88230 Phone:(575) 659-7001 Fax: (575) 734-2893
 104 Park Avenue, Ruidoso NM, 88345 Phone: (575) 651-3003 Fax: (575) 808-8992

Autorización para la divulgación de registros médicos

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguridad social
Dirección	Número de historia médica	Número de teléfono

Yo autorizo el uso y divulgación de información médica sobre dicho paciente como se describe a continuación:

Instalación autorizada a DIVULGAR información de salud:	
Agentes o persona(s) autorizada para RECIBIR información de salud:	Numero de Telefono: Numero de Fax:

Información de Salud que pueden ser utilizados / divulgación se limita a los siguientes:

<input type="checkbox"/> Informe de alta	<input type="checkbox"/> Consulta(s)	<input type="checkbox"/> Informe de Patología	<input type="checkbox"/> Laboratorio
<input type="checkbox"/> Historial y físico	<input type="checkbox"/> Nota(s) operativa	<input type="checkbox"/> Imágenes / rayos X	<input type="checkbox"/> Registro Completo
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)			

La información de salud lo identifica a usted (el paciente) e incluye otra información demográfica sobre usted.

La información de salud puede incluir, pero no se limita a: registros médicos, radiografías, diapositivas de fotos, trazados, tiras, etc.

Por la presente libero a la instalación de liberación, a sus agentes y empleados de todas y cada una de las, responsabilidades, daños y reclamos que puedan surgir de la divulgación de la información autorizada en este documento, que incluye alcohol, abuso de drogas, enfermedades transmisibles, incluido el estado del VIH y / o psiquiatría. diagnósticos recopilados durante mi visita, encuentro u hospitalización, o hacer copias de los mismos de acuerdo con las políticas de esta instalación.

La información médica protegida utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por esta regla de privacidad. Si la información de salud relacionada con la investigación se usa o divulga para fines de investigación continua, no se aplica una fecha de vencimiento o evento.

Esta autorización vencerá automáticamente en 60 días después de la fecha a continuación (excepto como se indica arriba), a menos que se especifique una fecha anterior, o al final de un evento específico. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, como se indica en el Aviso de prácticas de privacidad, excepto cuando la instalación ya haya hecho divulgaciones en base a mi autorización previa.

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la obtención de una autorización si la Ley de Responsabilidad de Portabilidad de la Información de Salud prohíbe dicho condicionamiento. Si se permite el acondicionamiento, la negativa a firmar la autorización puede resultar en la denegación de atención o cobertura.

AVISO PARA LA AGENCIA RECEPTOR O INDIVIDUO: Esta información debe tratarse de acuerdo con las regulaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Firma del paciente o representante autorizado	Fecha	Hora
Relación con el paciente / autoridad para actuar en nombre del paciente	Nombre del testigo	Firma del testigo

Puede haber un cargo por copiar registros médicos

TENGA EN CUENTA: Si envía documentos de un total de (20) páginas o más, le pedimos que utilice otros medios de transmisión. (correo electrónico, CD, etc.)