



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

Rachel Whitlock,
 Tracy Atkins, CPNP
 Brianne Rowell, APRN-CNP

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) 734-2890 Fax: (575) 734-2893

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

Solo solicito registros de vacunación

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).

Por favor, envíe por correo los registros de más de 20 páginas.

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