

**Fairfax Neonatal Asociados**  
**Autorización para Usar y/o Compartir Información Médica**

Nombre y Dirección del Proveedor de Servicios Médicos o de la Clínica: \_\_\_\_\_ Para Usar y/o Compartir Información Médica con: \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor/Clínica	Nombre
Dirección (número y nombre de la calle)	Dirección (número y nombre de la calle)
Ciudad, Estado y Código Postal	Ciudad, Estado y Código Postal
Numero Telefónico	Número de Fax
Numero Telefónico	Número de Fax

Nombre del Paciente _____	Número de record _____
Fecha de Nacimiento _____	Fecha del Servicio _____
Teléfono del Paciente o Representante: ( )-_____-_____	Propósito _____

Al **chequear** los espacios abajo indicados, estoy autorizando el uso y/o compartir de la siguiente información médica y/o récords médicos, si tal información y/o récords médicos existen:

**Especifique:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoja Demográfica        | <input type="checkbox"/> Control de Función Pulmonar       | <input type="checkbox"/> Enviar el Récord Médico Completo     |
| <input type="checkbox"/> Notas de Visitas        | <input type="checkbox"/> Reportes de Patología             | <input type="checkbox"/> Reportes de Diagnostico por Imagenes |
| <input type="checkbox"/> Consultas               | <input type="checkbox"/> Estados de Cuenta o Facturación   | <input type="checkbox"/> Otros, describir _____               |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Resultados de Estudio para Dormir | _____   |
| <input type="checkbox"/> Notas Operativas        |  | _____   |

Entiendo que los datos compartidos de esta información puede incluir el uso de drogas o abuso de alcohol (regulados en 42 C.F.R. Parte 2), enfermedades psiquiátricas o mentales, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o infección con HIV (regulados en el Estado de VA. Code 32.1-36.1). **Si está de acuerdo, coloque sus iniciales aquí:** \_\_\_\_\_

Al firmar esta autorización, entiendo que estoy dando permiso a la entidad médica indicada arriba, comparta información médica confidencial. Entiendo que tal entidad médica no condicionará tratamiento o pago al firmar esta autorización, salvo circunstancias específicas, en las cuales cierta condición es permitida por la ley que son aplicables y son asignadas en esta autorización.

**También entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento**, pero que mi revocación no será efectiva hasta que se entregue por escrito a la persona que maneja mis récords médicos y tampoco es efectiva en el caso de que ya se haya compartido mi información bajo esta autorización.

Entiendo que la información médica compartida bajo esta autorización puede ser compartida nuevamente por un receptor y como resultado, esta información ya no estaría protegida de la misma manera cuando estaba sólo bajo la protección de la ley de esa identidad médica.

Salvo que se revoque antes, esta autorización expira **1 año** desde la fecha firmada o el \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha de la Firma

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente o autoridad de representación legal

Se verificó la identificación del paciente o Representante legal.      Récords copiados por: \_\_\_\_\_

(Se proporcionará al paciente o representante legal una copia de este formulario firmado)