



Authorization to Use and/or Disclose Protected Health Information

Información para dar a conocer : Chequear✓ para el lugar apropiado de los records.

<input type="checkbox"/> Fairfax Neonatal Associates (FNA)	<input type="checkbox"/> The Pediatric Lung and Allergy Center (PLAC)
<input type="checkbox"/> Pediatric Infectious Disease Group (PIDG)	<input type="checkbox"/> Pediatric and Adolescent Sleep Center (PASC) <input type="checkbox"/> Pediatric Surgical Group (PSG)

Información para dar a conocer a:

Nombre o Nombre de la Organización _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Area code _____

Número telefónico _____ Número de fax _____

Nombre del paciente _____	# del Record Médico _____
Fecha de nac _____	Fecha(s) de servicio _____
Número telefónico del paciente o Representante _____	Razón para dar a conocer _____

Al marcar en el espacio(s) de abajo, yo estoy autorizando el uso y el dar a conocer la siguiente información médica y records médicos, si es que dicha información o records médicos existen:

REQUERIDO: Fecha o fechas de servicios que usted quiere: La última nota de visita 3 vistas últimas _____

<input type="checkbox"/> Notas de Visitas	<input type="checkbox"/> Reportes de Diagnóstico por Imágenes	<input type="checkbox"/> Resultados del Sueño	<input type="checkbox"/> Otros, describa: _____
<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Exámen Pulmonar	<input type="checkbox"/> Reporte de Patología	_____
<input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Notas de Operación	<input type="checkbox"/> Estados de Facturación	_____

Comprendo que dar a conocer puede incluir información acerca del abuso de drogas o de alcohol (como esta dicho en el 42 C.F.R. Part 2), enfermedades psiquiátricas o mentales, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (AIDS) o el HIV (como esta dicho en Va. Code 32.1-36.1). **Si está de acuerdo, poner sus iniciales aquí:** _____

Siendo yo la persona que está firmando la autorización, comprendo que estoy dando permiso a la entidad médica nombrada arriba para dar a conocer los records médicos. Comprendo que tal entidad médica no condicionará el tratamiento o el pago, al firmar esta autorización, salvo en las circunstancias específicas mediante el cual dicha condición es permitida y por ley son aplicables y asignadas en esta autorización .

También comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, pero mi revocación no será efectiva hasta que ésta se entregue por escrito a la persona que tenga en su poder mis records médicos, y no será efectiva si es que ya se dió a conocer mediante esta autorización.

Comprendo, que la información de salud dada a conocer bajo esta autorización se puede dar a conocer otra vez por el que la recibe y como resultado, esta información de salud ya no estaría protegida por ley de la misma manera cuando sólo estaba bajo el poder de la identidad médica.

Salvo que se revoque antes, esta autorización expira **1 año** desde la fecha que fue firmada _____

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha de la Firma

Nombre del Paciente o Representante Legal (si es aplicable)

Relación con el Paciente o Autoridad Legal del Representante

Patient's or Legal Representative's Personal Identification Verified. Records Processed by: _____

(A copy of this signed form will be provided to the patient or patient's legal representative.)

**Instructions for completing the
“Authorization to Use and/or Disclose Protected Health Information” form**

Si está solicitando los records médicos o de facturación para ser enviados a alguien que no sea usted, complete todas las secciones del formulario de *Authorization to Use and/or Disclose Protected Health Information*. Este formulario de autorización debe ser llenado por completo, antes que los records médicos o de facturación se den a conocer.

1. Escribir el nombre y la dirección del proveedor médico de FNA, o el lugar de práctica que tendrá que enviar los records médicos en la sección que dice “Información para dar a conocer *De*”.
2. Escribir el nombre y la dirección de la persona o entidad que va a recibir los records médicos o de facturación, en la sección que dice “Información para dar a conocer *A*”.
3. Escribir el nombre del paciente, incluyendo la inicial del segundo nombre.
4. Escribir el número del record médico del paciente, si lo sabe.
5. Escribir la fecha de Nacimiento del paciente.
6. Escribir la fecha(s) de la información del servicio médico que desea dar a conocer. Si no sabe las fechas exactas de servicio, dar una fecha aproximada.
7. Escribir el número de teléfono del paciente o del representante legal mediante el cual, un miembro de nuestro equipo pueda contactarlo en el caso de alguna pregunta con respecto a su solicitud.
8. Escribir la razón o el propósito para dar a conocer la información médica o de facturación.
9. Marcar junto al espacio de cada tipo de información médica o de facturación que desea dar a conocer al destinatario. Si no ve el tipo de record que desea dar a conocer, por favor describalo donde dice “Otros, describir.”
10. Leer y dar inicial (si está de acuerdo) para dar a conocer información médica protegida de salud importante (como el abuso de consumo de drogas, alcohol, enfermedad psiquiátrica, mental o el VIH/SIDA).
11. Ponga una fecha de vencimiento o de caducidad. Si deja el espacio en blanco, la Autorización expirará en 1 año desde la fecha que el formulario fue firmado.
12. En la línea para firmar, firme su nombre si es usted, el paciente, o el representante legal del paciente.
13. Escriba la fecha de hoy.
14. Escriba el nombre del paciente o su nombre si es usted el representante legal.
15. Si usted no es el paciente, escriba su relación con el paciente.
16. Guarde una copia completa del formulario de Autorización para sus records.

Si tiene alguna pregunta acerca de su solicitud, contactar al sitio de práctica donde recibió los servicios. También puede enviar un fax de su completa autorización al lugar donde recibió los servicios. Si tiene alguna pregunta acerca de la facturación de los records, solo llamar a Management Consultants for Affiliated Physicians, Inc. (MCAP) at (703) 289-1400 para hablar con un representante.

Fairfax Neonatal Associates, P.C. Phone: (703) 289-1400 Fax: (703) 289-1414	Pediatric Lung and Allergy Center (Closed 10/22/21) Phone: (703) 289-1410 Fax: (855) 208-6428
Pediatric Infectious Disease Group (Closed 09/2014) Phone: (703) 289-1400 Fax: (703) 289-1414	Pediatric Surgical Group (Closed 5/16/22) Call Phone: (703) 560-2236 for records
Pediatric and Adolescent Sleep Center (Closed 08/2/2022) Call Phone: (703) 226-2290 for records	