

Bluestone Physician Services - Autorización para la Divulgación de Información Médica
Información del paciente: *Por favor, utilice el nombre legal completo*

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial ____ Fecha de Nacimiento: __ / __ / ____

Comunidad: _____

<p>*Información Transferida de (Requisito):</p> <p>Nombre de Clínica: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Fax: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>_____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____</p>	<p>Información Transferida a:</p> <p><input type="checkbox"/> Bluestone Physician Services</p> <p><i>Attn: Medical Records Dept.</i> 270 Main Street N. Suite 300 Stillwater, MN 55082</p> <p>FAX: 855-490-4045 TELEFONO: 651-342-4275</p>
--	---

***Información Transferida (Requisito):** *Indique SOLO la información que usted autorize a ser transferida.*

TODA LA INFORMACION DE LA SALUD CD de Imágenes Días Específico _____

O Indique Solamente Abajo :

<input type="checkbox"/> Historial Médico	<input type="checkbox"/> Notas Visitas de Médico	<input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Reportes de Operación
<input type="checkbox"/> Resultados De Pruebas	<input type="checkbox"/> Records Medicos	<input type="checkbox"/> Record de Hospital	<input type="checkbox"/> Resumen de Dado de Alta
<input type="checkbox"/> Historial de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Reportes De Radiología	<input type="checkbox"/> Notas De Terapia	<input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología
<input type="checkbox"/> Estados De Cuentas	<input type="checkbox"/> Records de Procedimientos	<input type="checkbox"/> Otra Información/Instrucciones _____	

La próxima información es requerida por ley. Aunque usted marque toda la información de la salud tiene que especificar y indicar esta información para que sea transferida y liberada:

Programa Dependencia Química: Si _____ No _____ Notas de Sico terapia: Si _____ No _____

Por la presente autorizo la entrega de mi información médica personal descrito anteriormente para los propósitos de tratamiento y pagos. Entiendo que esta autorización para revelar información de salud es voluntaria. Yo entiendo que la información divulgada bajo esta autorización, puede ser divulgada por el recipiente y ya no puede ser protegido por la ley federal o estatal.

Entiendo que mi cuidado de la salud y el pago por mi salud no se verán afectados por mi firma de este formulario. Entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por mí por un aviso por escrito a Bluestone Physician Services. Entiendo que si revoco esta autorización no tendrá ningún efecto sobre las acciones adoptadas por los Servicios de Bluestone Physician Services antes de recibir mi revocación. Este comunicado cubre pasados, presentes y futuros encuentros / visitas a menos que escribo en fechas específicas de tratamiento aquí: _____ a _____. Este consentimiento se vencerá un año desde la fecha de su firma, a menos que escribo en una fecha de vencimiento específica aquí: _____

Paciente o Representante Legal Firma

Fecha

Representante Legal Nombre Impreso y la autoridad para firmar por el paciente (es decir, para la atención médica POA médica -debe incluir documentación)

Envíen formularios completados por fax:

MN: 855-306-1167 WI: 888-972-8297 FL: 855-523-3935