



Verification of identity/Authority Attached  
Identification Required for Authentication:  
Driver's license, photo ID, power of attorney, warrant, subpoena or other legal process.

## AUTORIZACIÓN PARA REVELER INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA

(Autorización sera invalida si la forma no esta completa)

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre	Nombre previo, si es applicable
Dirección	Coreó Electronico
Fecha de nacimiento	Numero de telefono

### INFORMACIÓN A SER REVELADA DE A: (Sea especifico)

Nombre/Organicacion de Proveedor	Nombre receptora
Dirección	
Numero de telefono	Numero de fax

### INFORMACIÓN A SER REVELADA DE DE: (Sea especifico)

Nombre/Organicacion de Proveedor	
Dirección	
Numero de telefono	Numero de fax
EL PROPOSITO DE REVELACIÓN:	Transferencia de cuidado    Especialista    Para me persona
	Otro: _____

### INFORMACION A SER REVELADA:

Todos los registros medicos por los ultimos 2 años	Registros medicos relacionados con el siguiente tratamiento/problema
Registros medicos correspondientes a las siguientes fechas	Otro: _____

Fecha de servicio	Fecha de vencimiento
-------------------	----------------------

### REVELACIONES QUE NECESITAN CONSENTIMIENTO ESPECIAL:

Al firmar autorizo el revelo de mi información medica relacionado con estudios, diagnosticos, y tratamientos para.

Salud Mental/Trastorno psiquiatrico	Abuso de alcohol y droga	Atención reproductiva (solo menores)
VIH/Virus de SIDA	Enfermedades transmitidas sexualment	Otro: _____

- Si el paciente no es capas de firmar, endicar por favor tal y la autoridad para actuar de la persona que firma para el paciente.
- Esta forma sera active durante 90 dias sobre recibo o 30 dias para concentimientos especiales abajo y puede ser revocado en tiempo en la forma (3), Revocación de Autorización, probar que la información aún no ha sido revelada. Al recibir de esta autorización. QVMC tiene 15 dias para enviar su información y abra un costo-basado razonable para cada revelación dentro un ano dado.
- Nosotros no condicionaremos tratamiento en la terminación de la autorización. Este enterado que una vez que revelemos esta información por sus intrucciones es susceptible al ser revelado.

Fecha	Firma del paciente o Representante	Relación del paciente
-------	------------------------------------	-----------------------

**TENGA EN CUENTA:** Para los pacientes que solicitan copias de registros personales ode dependientes, las primeras 25 paginas se propocionarán sincosto; las páginas adicionales estarán sujetas a los costos que se reflejan a continuación:

26 to 55 páginas: \$1.17 per page
56 páginas o mas: \$0.88 per page

Si su solicitud tiene más de 25 páginas, Nuestro Departamento de Registros médicos enviará una fractura al correo electrónico especificado en "Información del Paciente" arriba. Puede pagar personalmente en nuestras Instalaciones o por teléfono al 1-509-787-5391.