

**LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS**

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Autorice a Physicians Laboratory Services, Inc y / o Physicians Laboratory P.C. para divulgar, a la parte que figura a continuación, la siguiente información de mis registros médicos: (marque la casilla correspondiente)**

Resultados  Estados de facturación  Otros: \_\_\_\_\_

**Mi información, como se designó anteriormente, puede ser inspeccionada y / o divulgada a lo siguiente:**

Yo Mismo  Otros (Indicar el nombre de la persona que recibirá mi información): \_\_\_\_\_

**La información debe enviarse a la persona designada mencionada anteriormente mediante el siguiente método:**

Fax: \_\_\_\_\_  
(Indicar número de fax)

Email: \_\_\_\_\_  
(Indique la dirección de correo electrónico: consulte el reverso para obtener información importante)

Correo: \_\_\_\_\_  
(Indique la dirección, la ciudad, el estado y el código postal)

Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento (excepto en la medida en que esas acciones se hayan tomado confiando en ella). A menos que se revoque o renueve por escrito, esta autorización vencerá **UN AÑO** a partir de la fecha en que se firmó.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\*\*\*\* El paciente es menor de edad (menor de 19 años), está sujeto a tutela o ha fallecido, he firmado mi nombre a continuación en nombre del paciente (debo mostrar prueba):

\_\_\_\_\_  
(Firma del tutor legal del paciente o del agente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Consulte el reverso para obtener información sobre la divulgación de registros médicos y la utilización del correo electrónico para comunicar información de salud protegida.**

## LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS (CONTINUACIÓN)

Las siguientes personas están autorizadas para firmar la divulgación de información:

1. El paciente (no el cónyuge).
2. Poder notarial si el paciente no puede firmar (se debe proporcionar el documento).
3. Padre (si el paciente es menor de 19 años).
4. Padre y menor (si el paciente tiene entre 12 y 18 años de edad, esto es para registros relacionados con pruebas de abuso de sustancias).
5. Tutor legal (se debe presentar un comprobante del documento de tutela.)
6. Representante del patrimonio de pacientes fallecidos (DEBE proporcionarse una copia del certificado de defunción Y una copia del representante del patrimonio).

### UTILIZAR EL CORREO ELECTRÓNICO PARA COMUNICAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Physicians Laboratory utiliza Zix Email Encryption para ayudar a proteger cualquier información de salud protegida que pueda incluirse en un correo electrónico cuando sea posible. El correo electrónico que reciba puede ser entregado con una notificación:

**Este mensaje fue enviado de forma segura usando ZixCorp.**

\* Siga las instrucciones para iniciar sesión en el sitio web seguro y recuperar su correo electrónico\*

**NOTA:** Physicians Laboratory Services Inc / Physicians Laboratory P.C. Es posible que no pueda cifrar todos los mensajes de correo electrónico. El cifrado es el proceso de hacer que la información sea ilegible a menos que tenga la contraseña o la clave para descifrar la información. Tenemos la habilidad para encriptar algunas comunicaciones por correo electrónico que contienen información de salud protegida y encriptará las comunicaciones por correo electrónico cuando sea posible.

Queremos asegurarnos de que sepa que el correo electrónico no cifrado no es una comunicación segura. Cuando Physicians Laboratory envía un correo electrónico, existe el riesgo de que la información incluida en el correo electrónico y sus archivos adjuntos no se cifren. Esto significa que puede haber algún nivel de riesgo de que un tercero pueda leer la información del correo electrónico. Además, las comunicaciones por correo electrónico pueden separarse de su registro médico y ser accesibles para nuestro personal según sea necesario para nuestras operaciones.

Además, una vez que usted recibe un correo electrónico, Physicians Laboratory ya no es responsable de proteger esa información de manera segura. Si elige comunicarse desde la computadora de su lugar de trabajo, debe tener en cuenta que su empleador y sus agentes pueden tener acceso a las comunicaciones por correo electrónico entre nosotros.