



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS Y/O DE FACTURACIÓN

Un paciente o su representante legal puede completar este formulario y devolverlo a los Especialistas en Ingeniería Médica (HMES) para autorizar la divulgación de información sanitaria protegida (PHI) a partes designadas distintas del paciente. Todos los campos deben completarse para que el formulario sea aprobado. (Véase la inversa para poder notarial/tutela, etc.)

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

Dirección del paciente:

Identificación del paciente #

Ciudad, Estado, POS:

1. Autorizo a HMES a divulgar la información sanitaria de la persona mencionada arriba a la persona u organización que se indica a continuación, que está autorizada a recibir y utilizar la información divulgada:

■ Nombre de la persona / entidad: _____

■ Fax: _____

■ Dirección de correo electrónico: _____

2. El tipo y la cantidad de información que se va a utilizar/divulgar es:

Historial completo (Médico y Facturación)

Solo registros de facturación

Solo historiales médicos

Otros (*información mínima necesaria*): _____

3. La información será divulgada para el(los) siguiente(s) propósito(s):

Continuidad de la atención

Fines legales

Otros: _____

4. Entiendo que la información utilizada o divulgada bajo esta autorización puede perder protección por la ley federal y/o estatal una vez recibida por el destinatario.

5. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a HME Specialists, LLC., y entiendo que la revocación no entrará en vigor hasta que HMES reciba el aviso de revocación por escrito y procese la solicitud en mi cuenta. Además, entiendo que mi solicitud para revocar la autorización no se aplica a situaciones en las que la aseguradora o aseguradoras tenga derecho legal a impugnar una reclamación según la ley o la póliza.

6. Entiendo que solo si lo solicito recibiré una copia de este formulario de autorización después de firmarlo y enviarlo a HMES.

7. Entiendo que esto sirve como consentimiento voluntario y que el pago o la elegibilidad para recibir servicios/suministros de HMES no dependerá de si firmo o no.

8. Entiendo **que esta autorización expirará doce (12) meses desde la fecha de firma si no se especifica una fecha de caducidad o evento**/condición.

a. Fecha de caducidad: _____

b. Caducidad por evento/condición: _____

Firma del paciente

Fecha de firma

***Representante Personal del Paciente** – Complete esta sección si el paciente está legalmente incapacitado o no puede autorizar la divulgación de su PHI y proporcionar documentos legales o judiciales relevantes que autoricen la divulgación de su PHI, según lo requieran las leyes estatales y federales aplicables, incluyendo pero no limitándose a las regulaciones de HIPAA.

Nombre del representante personal del paciente (**IMPRESO**)

Relación con el paciente

Firma del representante personal del paciente

Fecha de firma

Envía este formulario completado por correo [electrónico a Compliance@hmespecialists.com](mailto:Compliance@hmespecialists.com) o mándalo por correo o fax usando la información que aparece a continuación.