



Liberacion De Registros

Nombre del Paciente:

Direccion del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Hospital o Proveedor:

Fecha(s) de Tratamiento:

Por la presente se autoriza y ordena al permitir que el examen de, y la copia o reproducción en cualquier forma, sea mecánico, fotográfico o de otro modo, por RISKINDOC, 750 Reservoir Avenue, Cranston, RI 02910 o personas que ellos pueden autorizar, total o las porciones deseadas por ellos de los siguientes:

- A. Registros de hospital, lecturas de x-ray e informes de los mismos, las declaraciones de gastos, facturas y cualquier y todos los registros relativos a la hospitalización, la historia, la enfermedad, el tratamiento, el diagnóstico, el pronóstico, la etiología o el costo de la paciente antes mencionado.
- B. Los registros médicos, incluyendo, paciente, rayos X, lecturas de rayos X e informes de laboratorio, registros e informes, todas las pruebas de cualquier tipo y naturaleza, detalle de los cargos, facturas e informes correspondientes a la atención médica, la condición, el tratamiento de la historia, diagnóstico, pronóstico, etiología o el costo de la paciente antes mencionado.

Usted está autorizado a divulgar la información que se considera confidencial bajo la ley, incluyendo pero no limitado a la información sobre mi relación con el VIH / SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, información sobre salud mental, e información sobre el tratamiento para el alcohol y / o abuso de drogas.

Queda igualmente autorizado y dirigido a proporcionar informes verbales y escritos a la persona arriba indicada (s), o el / ella / sus delegados, conforme a lo solicitado por él / ella / ellos sobre cualquiera de las cuestiones anteriores, incluyendo su diagnóstico, la interpretación o una opinión en cuanto a la causa de la condición del paciente dijo o su secuela probable. Esta autorización constituye un permiso para que usted proporcione dicho individuo (s) o cualquier representante autorizado, con actualizaciones periódicas de los registros y cuentas detalladas anteriormente con posterioridad a la fecha del presente.

A causa del hecho de que dicha información, que ha adquirido como un médico, cirujano u otro proveedor de cuidado médico / médica de instalación / HMO, es confidencial, se le pidió también a tratar dicha información como confidencial y no solicitó la obligación de suministrar de tal información de cualquier tipo a cualquier persona, sin autorización escrita de mí o de mi abogado. Entiendo que mis expedientes están protegidos por las leyes y reglamentos federales y en las leyes generales de Rhode Island, y no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito, salvo disposición expresa en contrario por la ley.

Entiendo que si la persona (s) o entidad (es) que recibe la información no es un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por regulaciones federales de privacidad, la información descrita arriba puede ser divulgada nuevamente y ya no está protegido por las regulaciones. Por eso os suelte, a sus empleados ya mis médicos de toda responsabilidad derivada de la divulgación de mi información de salud.

Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante notificación por escrito. Entiendo que cualquier información previamente divulgada no estaría sujeto a mi solicitud de revocación.

Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para los beneficios, a menos que indique lo contrario en el espacio proporcionado aquí

Este formulario debe ser completado antes de firmar. Queda igualmente autorizado para el tratamiento de cualquier copia de este comunicado como un original.

\_\_\_\_\_  
PACIENTE, TUTOR O REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
Fecha

Ellen H. Frankel, MD  
Michael A. Bharier, MD  
Jacqueline Albrikes, MSN, ANP-BC  
Stephanie Dadario, MPAS, PA

750 Reservoir Avenue, Cranston, RI 02910  
Phone: 401-943-0761