GRANGER MEDICAL CLINIC

Autorización para Divulgar Información (ROI)

Granger trabaja con Verisma para procesar las solicitudes de registros médicos. Las clínicas no procesan estas solicitudes.

Información del Paciente:		
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:
Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal:	

Divulgar Información a (Persona o Entidad n.º 1):			
Nombre de la persona u organización:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal:		
Correo electrónico:		Fax:	
Método de entrega (marque uno):	☐Correo electronico seguro (preferido)	☐Fax	☐ Correo postal

Divulgar Información a (Persona o Entidad n.º 2):			
Nombre de la persona u organización:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal:		
Correo electrónico:		Fax:	
Método de entrega (marque uno):	☐Correo electronico seguro (preferido)	☐Fax	☐ Correo postal

Propósito de la Solicitud (seleccione uno):		
☐Continuidad de la atención (tratamiento con otro proveedor)	☐Legal (abogado, tribunal o relacionado con litigios)	
☐Reclamacion de Seguro/discapacidad	☐Uso personal (solicitud del paciente)	☐Otro: _____

Información que se Divulgará:					
☐Todos los expedientes	☐ Informes quirúrgicos	☐ Informes de procedimientos	☐ Notas de visitas al consultorio	☐ Resultados de laboratorio	☐ Registros de facturación
☐ Informes de imágenes (resultados escritos)		☐ Imágenes radiológicas (rayos X, resonancias magnéticas, etc.)		☐ Otro _____	

Expedientes Necesarios (seleccione uno):		
☐ Todas las fechas	☐ Rango de fechas específico: _____ a _____	☐ Solo la visita más reciente
☐ Todos los expedientes del departamento/proveedor: _____		
☐ Copia certificada solicitada: *Se incluirá una certificación de los registros médicos con la solicitud procesada.*		

Información Sensible:				
Entiendo que mi expediente médico puede contener información sensible. Marque cualquier información que **NO** desea que se comparta.				
☐ Tratamiento por consumo de sustancias	☐ Salud conductual	☐ Pruebas genéticas	☐VIH/SIDA	☐ITS

Reconocimiento:

Entiendo:

- Tengo derecho a inspeccionar y obtener copias de mis expedientes (45 CFR 164.524 conforme a la Regla de Privacidad de HIPAA).
- La información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación y puede dejar de estar protegida por la ley federal.
- Esta autorización es válida por un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada de otra manera.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito comunicándome con: Compliance@GrangerMedical.com.
- La revocación no se aplica a la información que ya haya sido divulgada.

Firma y Consentimiento:

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de mis expedientes médicos según se describe anteriormente.

Firma:_____ Fecha: _____

Por favor, devuelva los documentos completados a MedRecRequest@grangermedical.com

ROI revisado el 20.8.2026

Esta forma se utiliza al lanzar registros médicos fuera de Granger.