



Mary's Center

# Mary's Center Solicitud de/Autorización para Entregar Información Médica

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE	
_____ Firma autorizada	_____ Fecha
_____ Nombre	_____ Título

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente                      \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento                      ¿Está registrado(a) bajo otro nombre/apellido?

**Yo autorizo la entrega de mi información médica a la siguiente persona/oficina:**

**(marque uno)**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mary's Center<br>2333 ONTARIO ROAD, NW<br>Washington, DC 20009<br>Tel: (202) 483-8196<br>Fax (202)545-2069 | <input type="checkbox"/> Mary's Center<br>3912 GEORGIA AVE., NW<br>Washington, DC 20011<br>Tel: (202) 545-8019<br>Fax (202)545-2070 | <input type="checkbox"/> Mary's Center<br>8709 FLOWER AVENUE<br>Silver Spring, MD 20901<br>Tel: (240)485-3160<br>Fax (240)485-3190 | <input type="checkbox"/> Mary's Center<br>8908 RIGGS ROAD<br>Adelphi, MD 20783<br>Tel: (301)422-5900<br>Fax (301)422-5935 |
|---|---|--|---|

**A la siguiente persona/oficina:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tel: (    ) \_\_\_\_\_  
Fax: (    ) \_\_\_\_\_

La información específica pedida es (Marque las cajas apropiadas):

**NOTE: Autorizaciones para el uso o entrega del registro de salud mental requieren una forma diferente.**

- Notas médicas.....Todo / De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_
- Diagnósticos y resultados de laboratorio.....Todo / De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_
- Notas del trabajador/a social .....Todo / De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_
- Registro de vacunación.....Todo / De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_
- Otra información: \_\_\_\_\_

Con mi firma, yo declaro que leí y entiendo la información contenida en esta forma. Tengo el poder de anular esta autorización (por escrito) en cualquier momento a menos que Mary's Center haya comenzado a procesar este pedido (ó a menos que la autorización es dada como una condición para obtener seguro de salud y la compañía de seguro tiene ciertos derechos legales para disputar la póliza o la demanda bajo la póliza). Yo entiendo que la información entregada puede ser repartida a otras entidades pertinentes. Yo entiendo que es posible que la información no sea protegida bajo la ley federal de privacidad. Yo puedo rehusar a firmar esta forma y no resultará en ninguna acción negativa de parte de Mary's Center en cuanto a mi cuidado médico. Yo puedo revisar o pedir una copia del registro médico. El uso o el acceso a la información pedida puede resultar en un pago directo o indirecto a Mary's Center de una tercera entidad incluso un costo para procesar el pedido.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Teléfono



Mary's Center

# Mary's Center Solicitud de/Autorización para entregar información médica

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE	
_____ Firma autorizada	_____ Fecha
_____ Nombre	_____ Título

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente  
Apellido?

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
¿Usted está registrado/a bajo otro

## Yo autorizo la entrega de mi información de la siguiente persona/oficina:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tel: (    ) \_\_\_\_\_  
Fax: (    ) \_\_\_\_\_

## A la siguiente facilidad (marque uno)

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mary's Center<br>2333 ONTARIO ROAD, NW<br>Washington, DC 20009<br>Tel: (202) 483-8196<br>Fax (202)545-2069 | <input type="checkbox"/> Mary's Center<br>3912 GEORGIA AVE., NW<br>Washington, DC 20011<br>Tel: (202) 545-8019<br>Fax (202)545-2070 | <input type="checkbox"/> Mary's Center<br>8709 FLOWER AVENUE<br>Silver Spring, MD 20901<br>Tel: (240)485-3160<br>Fax (240)485-3190 | <input type="checkbox"/> Mary's Center<br>8908 RIGGS ROAD<br>Adelphi, MD 20783<br>Tel: (301)422-5900<br>Fax (301)422-5935 |
|---|---|--|---|

La información específica pedida es (Marque las cajas apropiadas):

**NOTE: Autorizaciones para el uso o entrega del registro de salud mental requieren una forma diferente.**

- Notas médicas.....Todo / De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_
- Diagnósticos y resultados de laboratorio.....Todo / De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_
- Notas del trabajador/a social .....Todo / De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_
- Registro de vacunación.....Todo / De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_
- Otra información: \_\_\_\_\_

Con mi firma, yo declaro que leí y entiendo la información contenida en esta forma. Tengo el poder de anular esta autorización (por escrito) en cualquier momento a menos que Mary's Center haya comenzado a procesar este pedido (ó a menos que la autorización sea dada como una condición para obtener seguro de salud y la compañía de seguro tiene ciertos derechos legales para disputar la póliza o la demanda bajo la póliza). Yo entiendo que la información entregada puede ser repartida a otras entidades pertinentes. Yo entiendo que es posible que la información no sea protegida bajo la ley federal de privacidad. Yo puedo rehusar a firmar esta forma y no resultará en ninguna acción negativa de parte de Mary's Center en cuanto a mi cuidado médico. Yo puedo revisar o pedir una copia del registro médico. El uso o el acceso a la información pedida puede resultar en un pago directo o indirecto a Mary's Center de una tercera entidad incluso un costo para procesar el pedido.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Teléfono