



POR FAVOR COMPLETE EL SIGUIENTE INFORMACIÓN

(Por favor escriba clara y legible)

APELLIDO DEL PACIENTE: _____ NOMBRE : _____ MI : _____

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL / ID #: _____ - _____ - _____

DIRECCIÓN _____ APT #: _____

CIUDAD : _____ ESTADO : _____ CODIGO POSTAL _____

TELÉFONO DE LA CASA () _____ - _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ SEXO: M / F

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo autorizo a Inova Salud Ocupacional para liberar la siguiente información a:

_____ or al representante designado en su contrato con Inova Occupational Salud.

EMPLEADOR

_____	_____	_____	_____
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono () _____			

Información para ser revelada:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resultados audiométricos | <input type="checkbox"/> Investigación /vacuna para tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Resultados de exámenes de drogas o alcohol | <input type="checkbox"/> Prueba de estrés |
| <input type="checkbox"/> Formulario de historial médico/Examen fisico | <input type="checkbox"/> Pelicula / reporte de rayos-x |
| <input type="checkbox"/> Formulario de autorizacion medica | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Estudios de la función pulmonary | _____ |

Entiendo que si la persona o agencia que recibe la información no es un proveedor de atención médica o plan de salud que cubre por la normativa de privacidad de HIPAA, la información descrita arriba puede ser divulgada nuevamente y ya no está protegida por estas regulaciones.

Yo entiendo la notificación por escrito es necesario cancelar esta autorización y puede ser dirigido al departamento que figuran en la parte superior de esta forma. Soy consciente de que mi cancelación no será efectiva sobre las divulgaciones que ya hizo en referencia a esta autorización.

NOTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD

En el caso de solicitar el resarcimiento se niega "a mis trabajadores de mi compañía, me comprometo a ser responsable por el costo de esta visita y la atención adicional relacionada con esta visita, y los costes adicionales asociados con el cumplimiento de este acuerdo, incluyendo los gastos de recaudación y el abogado los honorarios razonables.

_____	_____
FIRMA DEL PACIENTE o REPRESENTANTE	FECHA (Autorización vencerá en 6 meses)

Si Representante, Impresión Nombre y Relación con el Paciente