

(Place MR Label Here)

MR#:

Patient's Name:

Patient's Date of Birth:



Autorización para divulgación de información al UAMS

1. Yo, _____ autorizo:
Nombre/Instalación _____
Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Teléfono: _____ Fax _____
2. Divulgar a: **UAMS Medical Center**
Dr./Clínica - _____
4301 West Markham, # _____
Little Rock, AR 72205
Teléfono (501) _____
Fax (501) _____
3. Información de:
Nombre del paciente: _____ # Expediente Médico (si lo sabe) _____
Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____
4. Información debe ser limitada a las siguientes **Fechas de Tratamiento** (si aplica): _____
5. Información solicitada: Resumen Reporte Operativo Expediente de Emergencias
 Historial y Examen Físico Registro Clínico Resumen de Alta Registro de Admisión
 Notas del Medico Notas de Enfermera(o) Otros _____
6. Propósito de autorización es a petición del paciente o: Seguro Médico u Otra forma de pago
 Tratamiento Médico Otro (explique): _____
7. Esta autorización expira en 90 días después de la fecha en que fue firmada a menos que yo especifique algún periodo de tiempo diferente. Fecha de expiración o Evento: _____. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento de forma escrita. Una revocación de esta autorización no aplicara a expedientes que ya han sido divulgados debido a la autorización. Una fotocopia de esta autorización firmada constara como autorización valida.
8. Entiendo que una vez que la información es divulgada puede ser divulgada otra vez por recipiente designado y que la información ya no será protegida por las leyes federales y regulaciones de privacidad.
9. Tratamiento, pagos, inscripciones o elegibilidad para beneficios no serán condicionados al firmar esta autorización.

Firma del paciente _____
o Representante Legal _____ Fecha/Hora _____

Si es el Representante Legal, autoridad del Representante Legal _____
(ya sea padre del menor, guardián nombrado por la corte, administrador del patrimonio del difunto, abogado con poder notarial, o carta poder)

Provide a copy to Patient/Legal Representative

