

Autorización de lanzamiento de registro médico

Yo, _____, autoriza la liberación de mis registros médicos a médicos de llamar a MD24House.

Llame a MD24House Call pide sólo la siguiente información pertinente y sucinta médica record remitirá de otros proveedores de asistencia sanitarias y médicas.

1. La lista de problemas
2. Historia de vacunación
3. Pasado y actual historial médico
4. Quirúrgica historia pasada
5. Medicamentos y últimos medicamentos pertinentes
6. Historia Social
7. Historia Alérgica
8. El reciente examen físico
9. Pertinente y reciente de laboratorio y radiología
10. Más información pertinente a discreción del proveedor de atención médica

Aviso de prácticas de privacidad

De conformidad con el Health Insurance Portability & Accountability Act (HIPAA) de 1996, MD24House Call mantendrá toda su información de salud confidencial.

Tenga en cuenta que a los efectos del tratamiento médico (por ejemplo, recetas, discutir su caso con un médico consultoría), pago (por ejemplo, seguro papeleo que muestra su diagnóstico y códigos de diagnósticos correspondientes), operaciones de atención médica (por ejemplo, auto auditoría nuestros registros médicos, mejoramiento de la calidad) y consideraciones de médico-legales (por ejemplo, médicos forenses, funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, las autoridades de salud pública), su información de salud puede ser obtenida o divulgada por teléfono, correo electrónico, correo o fax.

Nombre del paciente:

Dirección de paciente:

Teléfono Del Paciente:

Fecha de nacimiento del Paciente:

Mi firma abajo indica que autorizo versión registro médico para llamar a MD24House.

Paciente o tutor firma: _____ Date & Time: _____