



AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

1. Yo, _____, la presente autorizo:
Nombre de la instalación: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Número de fax: _____

2. A divulgar a: **Highlands Oncology Group**
3232 N. North Hills Blvd. Or 808 South 52nd Street
Fayetteville, AR 72703 Rogers, AR 72758
Phone: (479)587-1700 Phone: (479)936-9900
Fax: (479)587-1366 Fax: (479)936-9944

Or
Highlands Oncology Radiation Therapy
60 E. Monte Painter Drive
Fayetteville, AR 72703

3. Nombre del paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

4. Información solicitada:
Fechas de servicio: _____
Todos los registros: _____

5. Motivos de la solicitud de los registros médicos:
Solicitud del paciente: _____
Compañía de seguros: _____
Atención médica: _____
¿Otro? Por favor explique: _____

6. Esta autorización vencerá 90 días desde la fecha en que se firmó a menos que se especifique lo contrario. Fecha de caducidad: _____ Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito. Una revocación de esta autorización no se aplicará a los registros ya liberados en dependencia de la autorización. Una fotocopia de esta autorización firmada constituirá una autorización válida.

7. Entiendo que una vez que se da a conocer la información anterior puede ser revelada por el destinatario designado y la información puede no estar protegida por las leyes federales de privacidad.

8. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no serán condicionado a la firma de esta autorización.

Firma del paciente o representante legal: _____

Los representantes legales del título: _____

Fecha: _____