

PROPÓSITO DE LA LIBERACIÓN: Solicitud de representante individual/personal Continuidad de atención al paciente Seguro Legal Otro

LIBERACIÓN POR PARTE DE: MEDIC - Mecklenburg EMS Agency, 4425 Wilkinson Blvd, Charlotte, NC 28208
Correo electrónico: Records@medic911.com, Teléfono: 704-943-6000, Fax: 704-943-6001

FECHAS DE SERVICIO A SER LIBERADAS: (MM/DD/AA) Desde: _____ Hasta: _____
Esta autorización caducará cuando la información de salud solicitada (según se detalla a continuación), para las fechas de servicio solicitadas, el rango de tiempo o los eventos (según se mencionó anteriormente), se libere al destinatario nombrado en este documento y se cumpla el propósito de la liberación.

INFORMACIÓN A SER LIBERADA: Informe de atención al paciente Facturación Grabaciones de llamadas al 911 Otro (Especificar) _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Últimos 4 dígitos del SSN _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

MÉTODO DE ENTREGA: Nombre de la Instalación, Persona o Compañía: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Fax: _____

MÉTODO DE ENTREGA: Correo electrónico no seguro Correo electrónico seguro Fax Correo postal
Al elegir el correo electrónico no seguro como método de entrega, usted reconoce y acepta los riesgos asociados.

- Para revocar esta autorización, notifique a Medic Records por correo a la dirección mencionada anteriormente o por correo electrónico a Records@medic911.com.
- La revocación no se aplicará a la información que ya se haya liberado en respuesta a esta autorización.

Si el solicitante no es el paciente, la liberación de los registros solicitados no se procesará sin la documentación adecuada (por ejemplo, orden judicial, documentación legal, poder notarial de atención médica, etc.).

Solicitante si no es el paciente: Cónyuge Padre de un menor Tutor Ejecutor/Administrador/Apoderado Poder notarial de atención médica Otro. _____

NOMBRE IMPRESO DEL SOLICITANTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE (si no es el paciente): _____ FECHA: _____

Por favor, toma en cuenta que si el menor da su consentimiento (sin la presencia de un tutor) para su propio tratamiento relacionado con el embarazo, enfermedades venéreas o trastornos emocionales, el menor debe firmar esta autorización. Cuando el paciente es un menor que está siendo tratado por abuso de sustancias, el menor debe firmar esta autorización, independientemente de quién haya dado el consentimiento para el tratamiento.

Información de liberación en persona: Verificación de identificación con foto o licencia de conducir (DL) Documentación requerida proporcionada

Nombre del empleado: _____ Fecha _____

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR EL SOLICITANTE:

- Cónyuge/Familiar más cercano: Poder notarial de atención médica, carta de administración emitida por el tribunal o este formulario notarizado.
- Padre de un menor: Identificación con foto o este formulario notarizado.
- Tutor: Documentos de tutela emitidos por el tribunal o este formulario notarizado.
- Ejecutor/Administrador/Representante legal: Cartas de administración emitidas por el tribunal o este formulario notarizado.
- Poder notarial de atención médica del paciente: Copia del poder notarial de atención médica o este formulario notarizado

ESTADO DE: _____

CONDADO DE: _____

Yo, _____, Notario Público para el mencionado condado y estado, certifico por la presente que, _____ personalmente compareció ante mí y reconoció que él/ella es el

(USTED DEBE indicar cuál corresponde) –

1. Cónyuge/Familiar más cercano 2. Padre de un menor 3. Tutor
4. Ejecutor/Administrador/Representante legal 5. Poder notarial de atención médica
para, _____ (paciente)..

En fe de lo cual firmo y sello esto ___Día de _____, 20____.

(SELLO)

Notario Público
Mi Comisión Expira: _____