

Medical Information Disclosure

Divulgación de información médica



This authorization allows Akeso to release confidential medical information and records. *Note: Information and records regarding treatment of minors, HIV, psychiatric/mental health conditions, or alcohol/substance abuse have special rules that require specific authorization.*

Esta autorización le permite a Akeso divulgar información y registros médicos confidenciales. *Nota: La información y los registros sobre el tratamiento de menores, VIH, afecciones psiquiátricas / de salud mental o abuso de alcohol / sustancias tienen reglas especiales que requieren autorización específica.*

Authorization

Autorización

I hereby authorize Akeso to release information regarding my medical history, illness or injury, consultation, prescriptions, treatment, diagnosis or prognosis, including x-rays, correspondence and/or medical records including those from my other health care providers that the above named health care provider may hold, by means of mail, fax, or other electronic methods.

Por la presente, autorizo a Akeso a divulgar información sobre mi historial médico, enfermedad o lesión, consulta, recetas, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluyendo radiografías, correspondencia y / o registros médicos, incluidos los de mis otros proveedores de atención médica que la salud mencionada anteriormente El proveedor de atención puede retener, por correo, fax u otros métodos electrónicos.

This authorization is:

- Unlimited** (all records, excluding Substance Abuse, Mental Health, HIV Diagnosis/Treatment)
Ilimitado (todos los registros, excepto abuso de sustancias, salud mental, diagnóstico / tratamiento del VIH)
- Limited to the following:** _____
Limitado a lo siguiente

I also consent to the specific release of the following records:

- Drug/Alcohol/Substance Abuse** **HIV Diagnosis/Treatment** **Psychiatric/Mental Health** **Genetic Information Tests for Antibodies to HIV**
Abuso de drogas / alcohol / sustancias Diagnóstico / tratamiento del HIV Psiquiatría / Salud Mental Pruebas de información genética para anticuerpos HIV

Duration

Duración

This authorization shall be effective immediately and remain in effect unless otherwise noted by the following date: _____
Esta autorización será efectiva de inmediato y permanecerá vigente a menos que se indique lo contrario en la siguiente fecha

Restrictions

Restricciones

Permissions for further use or disclosure of this medical information is not granted unless another authorization is obtained from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law. A photocopy of facsimile of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

I have been advised of my right to receive a copy of this authorization.

No se otorgan permisos para un uso o divulgación adicional de esta información médica a menos que se obtenga otra autorización mía o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley. Una fotocopia del facsímil de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como la original.

Me han informado de mi derecho a recibir una copia de esta autorización.

Patient Signature _____
Firma

Print Name _____
Nombre impreso

Date _____
Fecha

Social Security Number _____
Número de Seguridad Social

Birthdate _____
Nacimiento

Legal Representative _____
Representante legal

Relationship _____
Relación