

## Autorización Para Obtener Copias De Expediente Médico

Autorización para divulgación y/o el uso de la información medica de paciente:

Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Fecha de Nacimiento: MM ____/DD ____/YYYY ____ Telefono: _____ Correo Electrónico: _____
---	--

Autorizo la divulgación y/o el uso de la información a la persona/organización que se indica a continuación:

Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Telefono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____
---	--

Autorizo a la organización a continuación de divulgar la información:

NeoGenomics Laboratories, Inc.	Phone: 866.776.5907	Fax: 239.690.4237
--------------------------------	---------------------	-------------------

Motivo de uso o divulgación:

<input type="checkbox"/> Uso Personal <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Atención Médica Adicional <input type="checkbox"/> Otro: _____
--

Esta autorización aplica a lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Laboratorio/Patología <input type="checkbox"/> Estado de Cuenta <input type="checkbox"/> Otro: _____ Fecha de Servicio(s): _____
--

Instrucciones para entrega de información (marque todas las opciones que correspondan):

<input type="checkbox"/> Dirección: _____ <input type="checkbox"/> Fax: (_____) _____ - _____ <input type="checkbox"/> Correo Electrónico: _____
---

Esta autorización se vence 1 año a partir de la fecha de la firma a menos que se especifique lo contrario a continuación:

<input type="checkbox"/> Indique fecha (mes/día/año): _____ <input type="checkbox"/> Cuando ocurra el siguiente evento: _____
--

Entiendo lo siguiente:

- Tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización. Mi rechazo no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o beneficios.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, Mi revocación debe ser hecha por escrito, siguiendo las instrucciones al dorso de la página. Mi revocación será efectiva al ser recibida pero no tendrá efectividad en caso de que la persona que lo solicite, u otras, ya haya actuado habiéndose basado en esta autorización.
- La información divulgada por medio de esta autorización puede ser divulgada otra vez por quien la recibe y puede no estar ya protegida por la ley federal sobre confidencialidad (HIPAA).
- Si el historial médico contiene información proporcionado por otros proveedores, al firmar esta autorización doy permiso a la divulgación de esta información, incluyendo resultados de prueba de VIH o diagnóstico de cancer.
- Por medio de este documento autorizo la divulgación y/o el uso de la información sobre la salud personal tal como se indica en este documento, y de acuerdo con lo que la ley federal sobre la confidencialidad (HIPAA) dicta.
- Al firmar abajo, represento y garantizo que tengo autoridad para firmar este document y que no hay órdenes judiciales pendientes o en vigencia que prohíban, limiten o de otra manera restrinjan mi capacidad para autorizar la divulgación/uso de la información médica.
- Se hara todo lo posible para cumplir con mi solicitud lo antes posible, pero puede tomar hasta 30 días para que NeoGenomics procese esta solicitud.

Form	Document ID: <b>CORP-FRM-0014</b>	Status: <b>Release</b>	
	Effective Date: 19 May 2022	Revision: <b>02</b>	
<b>Authorization for Access to Medical Information - Spanish</b>		Page: 2 of 2	

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente o Representante Legal Firmando Esta Autorización

\_\_\_\_\_  
Si la Firma No Es La Del Paciente, Indique Relación Con El Paciente

**\*\*PARA VERIFICAR LA FIRMA, ESTA AUTORIZACIÓN DEBE SER ACOMPAÑADA CON UNA COPIA DE LICENCIA DE CONDUCIR, O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN, O IDENTIFICACIÓN MILITAR \*\***

**\*\* Si la firma no es la del paciente, esta autorización debe ser acompañada con una copia de la documentación legal que verifique la validez del representante personal del paciente. Excepción: padres que firman para un paciente menor de 18 años. \*\***

**\*\*Para revocar esta autorización, favor de mandar su solicitud por escrito a:**

*NeoGenomics Laboratories  
Compliance & Ethics Department  
9490 NeoGenomics Way  
Fort Myers, FL 33912  
compliance@neogenomics.com*

**\*\*El formulario de autorización firmado debe enviarse por Fax 239.690.4237\*\***