



Mercy Medical Center

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Mercycare Service Corporation
701 10th Street SE, Cedar Rapids, IA 52403
Teléfono: (319) 398-6845 (opción 1); Fax: (319) 398-6848; Correo electrónico: ROI@mercycare.org

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Escriba los nombres que se indican (de soltera, casada, cambios legales)

Form fields for patient identification: Nombre completo, Nombres anteriores, Fecha de nacimiento, Dirección, Teléfono, Correo electrónico.

INFORMACIÓN QUE SE ENVÍA A/DESDE (MARQUE SOLO UNA OPCIÓN)
Formato solicitado: Correo, Fax, MyChart, CD/USB, Correo electrónico.

Form fields for information delivery: Selection of 'FROM' or 'TO' center, department name, person name, address, and delivery options.

TIPO DE INFORMACIÓN SOLICITADA
Tenga en cuenta que puede haber un cargo asociado con las copias del expediente médico

Form fields for information type: Selection of report types (Resumen del alta, Informe de laboratorio, etc.) and specific authorization for protected information.

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

Form fields for purpose of disclosure: Atención al paciente, Reclamación, Otro, Uso personal, Revisión legal.

PLAZO
*Aviso a los destinatarios: La información ha sido divulgada a usted y procede de registros protegidos por normas federales de confidencialidad...

Form fields for terms and conditions: Understanding of cancellation, voluntary nature, and inspection rights.

Verificación de identificación con foto [] Información procesada y enviada (fecha e iniciales)

Barcode area with number 13630, date 09/23, Mercy logo, and document type: TIPO DE DOCUMENTO: AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Form fields for patient identification: Etiqueta de identificación del paciente, Nombre, Fecha de nacimiento, CSN.