

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Envíe este formulario llenado por fax o e-mail a FAS, Inc. (972) 930-9479 o Email: CLAIMS@FASTPA.COM

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: TX CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ PÓLIZA # _____

Por el presente yo autorizó a _____ [nombre of médico, hospital o suministrador de asistencia médica] que suministre a Freeman Administrative Services, Inc., sus empleados, agentes, y representantes autorizados (de aquí en adelante individualmente y colectivamente referido a "FAS"), cualquier y todos de mis registros médicos y información relacionada a mí atención y tratamiento como el resultado de mí lesión, enfermedad, y / o reclamo por beneficios. Los registros médicos y la información relacionada incluyen, pero no son limitados a, los historiales médicos, informes, estadísticas, notas, cartas, rayos x, películas, MRIs, CT scans y informes, facturas desglosadas con los códigos de tratamiento, seguros y registros de reclamos, correspondencia, pagos, consultas, exámenes, recetas, diagnosis, pruebas, y tratamientos.

Yo entiendo que se está obteniendo esta información para asistir en la evaluación de mí reclamo por beneficios.

Yo entiendo que se puede usar esta información para ajustar, describir, o reportar asuntos en lo que concierne mí atención y tratamiento a personas intitulas a recibir esta información.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización a cualquier momento por medio de enviar aviso por escrito a FAS salvo al extenso que FAS y _____ [nombre del médico, hospital o suministrador de asistencia médica] hayan tomado acción en dependencia de esta autorización.

Yo entiendo que la información usada o revelada de acuerdo con esta autorización puede ser sujeta a revelación además y ya no protegida por los reglamentos federales de privacidad de información de salud. Sin embargo, FAS puede tomar precauciones para mantener la confidencialidad de la información revelada de acuerdo con esta autorización. Por el presente yo liberó a FAS de cualquier responsabilidad o pérdida debido a la liberación de cualquier tal información.

Esta autorización se vence un año desde la fecha de esta autorización o de la fecha en cual mí reclamo está cerrado finalmente, el cual ocurre primero.

Nada contenido aquí dentro afectará el tratamiento, pago, inscripción, o el derecho a beneficios de acuerdo con todas las leyes competentes.

Yo ha tenido la oportunidad para leer y considerar el contenido de esta autorización. Yo confirmo que el contenido es consistente con mis direcciones. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez como el original.

Firmado

Fecha

Nombre: _____

de SS _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

Parentesco o Autoridad del Representante Personal (si corresponde)