

Permiso para comunicar la autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono de domicilio (____) _____ Teléfono móvil: (____) _____

Período de atención médica de la información que se divulgará: De fecha: _____ a fecha: _____

Tipo de información para ser divulgada (Por favor, compruebe sólo aquellos que aplican)

- Registro de salud completo
- Fotografías, cintas de vídeo
- Informes de rayos X
- Notas de progreso
- Historia y examen físico
- Diagnóstico y códigos de tratamiento
- Registro de facturación completo
- Películas de rayos X / imágenes
- Resultados de la prueba de laboratorio
- Informes de consulta
- Resumen de la descarga
- Otro (por favor, sea específico): _____

Abuso de Drogas y/o Alcohol, y/o Liberación de Registros Psiquiátricos y/o VIH/SIDA

Entiendo que si mis registros médicos o de facturación contienen información en referencia al abuso y tratamiento de drogas y/o alcohol, Se me ha dado la oportunidad de firmar una autorización específica.

Inicial Uno:
____ Sí ____ No applicable

Entiendo si mis registros médicos o de facturación contienen información en referencia a las pruebas y/o tratamientos del VIH/SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) que se me ha dado la oportunidad de firmar una autorización

____ Sí ____ No applicable
Rechazo la autorización específica:
____ Sí ____ No

Propósito de Expediente:

- Tratamiento o Consulta
- A petición del paciente
- Facturación o Pago de Reclamaciones
- Otro (por favor sea específico): _____

Individuos autorizados para enviar/divulgar información:

Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a esta autorización, puedo, en cualquier momento, revocar esta autorización enviando un aviso por escrito al Oficial de Privacidad de HealthTexas Medical Group de San Antonio. A menos que se revoque o se indique lo contrario a continuación, esta autorización expirará el **31 de Diciembre de 2031**. Fecha de caducidad _____.

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por el destinatario y ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. La instalación, sus empleados, funcionarios y médicos son liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización, y mi tratamiento o pago de servicios no será negado si no firmo este formulario a menos que se especifique anteriormente en Propósito de Solicitud. Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida para ser utilizada o divulgada. Autorizo la divulgación de esta información a cualquier centro de HealthTexas Medical Group of San Antonio que pueda necesitar la información para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Autorizo a HealthTexas Medical Group de San Antonio a divulgar la información médica protegida especificada anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Autoridad de Firma (si no paciente): _____ Relación: _____

Identidad del solicitante verificado a través de: Identificación con foto Firma coincidente

otro (sea específico): _____

Verificado por: _____ Nombre impreso: _____