

Formulario 1021 – Autorización para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida

Identificación de el Paciente - Por Favor de Imprimir

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion de Domicilio _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____ Telefono de Domicilio: (____) _____ Teléfono móvil : (____) _____

Información a divulgar - Cubriendo los Periodos de Asistencia Médica

Instalación: _____

Dirección: _____

Desde: (fecha) _____ A: (fecha) _____

Tipo de Información Que Se Publicará - Marque Solo los Que Correspondan

- Registro de salud completo Fotografías, cintas de video 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 descarga Otro (por favor, sea específico): _____

Propósito de la Solicitud

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

A Quién y Dónde Enviar / Divulgar Información

Atención: HealthTexas Medical Group Otro (sea específico) _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Fax _____

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. Marque Uno: _____
 Si No No Aplica

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 específica.
 Si No No Aplica

Rechazo la autorización específica. Si No No Aplica

Límite de Tiempo y Derecho a Revocar la Autorización

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, esta autorización expirará en la siguiente fecha o evento _____, o 180 días a partir de la fecha de firma.

Re-Divulgacion

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.

Firma del Paciente o Representante Personal que Puede Solicitar Divulgación

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 es paciente): _____ Relationship: _____

Identidad del solicitante verificado a través de: Identificación con foto Firma coincidente otro (sea específico) : _____

Verificada Por: _____ Nombre Impreso: _____