

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE HISTORIA MÉDICA

Favor de leer el formulario en su totalidad antes de firmar y complete toda sección que aplique a la divulgación de su información médica.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

DIVULGAR INFORMACIÓN A:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____
Fax: _____

OBTÉN INFORMACIÓN DE:

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

Razón por Divulgación (Seleccione Uno):

___ Tratamiento/Cuidado Continuo ___ Uso Personal ___ Facturación/Cobro
___ Aseguranza ___ Propósito Legal ___ Determinación de Incapacidad
___ Escuela ___ Motivo Laboral Otra: _____

¿Qué información se puede divulgar? Complete lo siguiente e indique que quiere divulgar. Si quiere divulgar su información en su totalidad, seleccione la primera línea.

Historia Médica Completa Examinación Física/Historia Medicamentos Actuales e historial Resultados
Laboratorios
 Recomendaciones Médicas Alergias del Paciente Reportes Círgicos Consultas
 Reportes progresivos Diagnósticos Fracturas Radiología

Sus iniciales se requieren para NO DIVULGAR lo siguiente:

Registros de salud mental (excluyendo las notas de psicoterapia) Información genética y resultados
 Registros de abuso de alcohol, u otras sustancias VIH/SIDA pruebas y tratamiento

DERECHO A RETIRARSE: Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento mediante un aviso por escrito que indique mi intención de **TERMINAR** esta autorización para **Advanced Pain Care 2000 S. Mays St., Suite 201 Round Rock, TX 78664**. Entiendo que las acciones anteriores tomadas en dependencia de esta autorización por parte de entidades que tenían permiso para acceder a mi Historia clínica no serán afectadas.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación del registro médico que se haya producido antes de la revocación o que esté permitido por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas 181.154(c) y / o 45 CFR 164.502 (a) (1). Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Firma del Paciente _____
Representante Legal _____
Firma de Testigo _____

Fecha _____
Relación al Paciente _____
Fecha _____