



## 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.

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Historia Médica Completa</b> | <input type="checkbox"/> Examinación Física/Historia | <input type="checkbox"/> Medicamentos Actuales e historial | <input type="checkbox"/> Resultados Laboratorios |
| <input type="checkbox"/> Recomendaciones Médicas         | <input type="checkbox"/> Alergias del Paciente       | <input type="checkbox"/> Reportes Cirúrgicos               | <input type="checkbox"/> Consultas               |
| <input type="checkbox"/> Reportes progresivos            | <input type="checkbox"/> Diagnósticos                | <input type="checkbox"/> Fracturas                         | <input type="checkbox"/> Radiología              |

### Sus iniciales se requieren para NO DIVULGAR lo siguiente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de salud mental (excluyendo las notas de psicoterapia) | <input type="checkbox"/> Información genética y resultados |
| <input type="checkbox"/> Registros de abuso de alcohol, u otras sustancias                | <input type="checkbox"/> 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. Entiendo que Advanced Pain Care no condicionará el tratamiento a si firmo esta autorización.

**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.

Esta autorización caducará en 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique otra fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha