

Nombre del Paciente: _____ Fecha(s) del Servicio: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguridad Social _____

Yo, el que firma abajo, autorizo la divulgación o la solicitud de acceso a la información que se indica a continuación del expediente(s) médico del paciente nombrado arriba.

LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE SE NECESITA PARA:

- Continuación de Cuidados Médicos Militar Uso Personal Seguro Colegio
 A efectos legales Seguridad Social/Incapacidad Otro: _____

Date(s) of treatment: _____

INFORMACIÓN PARA SER DIVULGADA O TENER ACCESO:

- Historial y Físico Reporte de Consulta Récord de Sala de Emergencia
 Reportes Quirúrgicos Dada de Alta/Fallecimiento Cubierta de informes
 Reportes de Laboratorio/Patología Reportes de Radiología Imágenes de Radiología
 Otro: _____

Nombre del Hospital: _____

Puede divulgar la información anteriormente mencionada a (indique el nombre o título del individuo o el nombre de la organización a quien se divulgarán los reportes y la dirección apropiada)

Nombre del Individuo o de la Organización) _____ Teléfono _____

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) _____

Entiendo que mis expedientes son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización por escrito, excepto cuando de otra manera sea permitido por ley. La información usada o divulgada por esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el que la recibe y no quedar protegida. Entiendo que la información indicada para ser divulgada puede incluir pero no se limita a: historial, diagnósticos y/o tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental o enfermedad contagiosa, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Entiendo que el tratamiento o pago no está condicionado a la firma de esta autorización, excepto en determinadas circunstancias como la de participación en programas de investigación, o la autorización de la divulgación de los resultados de pruebas con anterioridad a un empleo. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto la información que ya se haya divulgado en base a esta autorización. Entiendo que se puede cobrar un cargo de búsqueda/procesamiento y por copias de mi expediente médico de acuerdo a la Ley de Certificación de Hospitales de Texas.

Esta autorización vencerá ciento ochenta (180) días después de la fecha de mi firma a no ser que revoque la autorización antes de ese tiempo o a no ser que se indique de otra manera por fecha, evento o condición como se indica aquí: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Nombre en letra de imprenta del Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Relación con el Paciente