



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del **Paciente**: \_\_\_\_\_ Otros **Nombres Usados**: \_\_\_\_\_

Fecha de **Nacimiento**: \_\_\_\_\_ Número de **Seguro Social (Últimos 4 dígitos)**: \_\_\_\_\_

### LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ES NECESARIA PARA: (Seleccione una opción).

- |   |   |   |                                  |
|---|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atención médica continua   | <input type="checkbox"/> Militar            | <input type="checkbox"/> Uso personal               | <input type="checkbox"/> Escuela |
| <input type="checkbox"/> Seguro                     | <input type="checkbox"/> Propósitos Legales | <input type="checkbox"/> Seguro Social/Discapacidad |                                  |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ |   |   |                                  |

Autorizo a T & R Clinic, P.A a

**Divulgar información A** o  **Obtener información DE**

(Marque una casilla arriba)

Proveedor o Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE EXPEDIENTES MÉDICOS PARA FECHAS DE SERVICIO. (Por favor selecciona una opción.)

- 1 año       2 años       3 años       Todos
- Especifique el rango de fechas: (Ingrese la fecha) \_\_\_\_\_ - a - (Ingrese la fecha) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PARA DIVULGAR O ACCEDER:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Toda la información de salud Historial/Examen físico</b> | <input type="checkbox"/> Registros de inmunización                  |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/presentes                              | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio                  |
| <input type="checkbox"/> Informes de operación                                       | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente                      |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta   | <input type="checkbox"/> Informes de consulta/notas de progreso     |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología                                       | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas de diagnóstico         |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología                                       | <input type="checkbox"/> Informes de electrocardiograma/cardiología |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología                                       | <input type="checkbox"/> Datos de facturación                       |
|  | <input type="checkbox"/> Otros(especificar) _____                   |

Entiendo que mis registros son confidenciales y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, excepto cuando lo permita la ley. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida. Entiendo que la información especificada que se divulgará puede incluir, entre otros, antecedentes, diagnósticos y/o tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades transmisibles, incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Entiendo que el tratamiento o el pago no pueden estar condicionados a que firme esta autorización, excepto en ciertas circunstancias, como la participación en programas de investigación o la autorización de la divulgación de los resultados de las pruebas con fines previos al empleo. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de la autorización. Entiendo que se me puede cobrar una tarifa de recuperación/procesamiento y por copias de mis registros médicos de acuerdo con la regla 165.2 del Código Administrativo de Texas. Libero a T & R Clinic, P.A. personal, profesionales, médicos y asociados de toda responsabilidad por cumplir con la solicitud de autorización para la divulgación de información médica. Entiendo que esta autorización vencerá a los noventa (90) días a partir de la fecha de mi firma, a menos que revoque la autorización antes de ese momento o a menos que se especifique lo contrario por fecha, evento o condición de la siguiente manera: \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Representante Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si está firmado por el representante legal.:

Relación con el paciente (autoridad para actuar en nombre del paciente): \_\_\_\_\_

PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN: Esta información le ha sido divulgada a partir de los registros de una T & R Clinic, P.A. paciente cuya confidencialidad está protegida por la ley. Cualquier divulgación adicional estrictamente prohibida.

Actualizado 26/07/2022