

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Información del paciente

Nombre completo del paciente: _____ Teléfono: _____

Otros nombres usados: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Estado: _____

I Group para la continuidad de la atención del paciente.

La información es para el Dr. _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Persona/Entidad que debe divulgar los expedientes

Persona/Entidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Información que se puede divulgar

Llene lo siguiente para indicar lo que desea que se divulgue.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toda la información médica | <input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria |
| <input type="checkbox"/> Órdenes médicas | <input type="checkbox"/> Informes de operaciones |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución | <input type="checkbox"/> Informes de diagnóstico (laboratorio, radiología) |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Informes de consultas |
| <input type="checkbox"/> Historial/examen físico | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Escriba sus iniciales si **NO** desea que se divulgue alguna de la siguiente información privada:

_____ Expedientes de salud mental (sin las notas de psicoterapia) _____ Información genética (incluyendo los resultados de pruebas genéticas)
_____ Expedientes por abuso de drogas, alcohol o sustancias _____ Resultados de pruebas/Tratamiento de VIH/SIDA

Esta autorización se otorga voluntariamente con el conocimiento de que:

- Una fotografía o fax de esta autorización es igual de válida que la original.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto cuando la información ya se haya divulgado.
- El tratamiento, los pagos, la inscripción o la capacidad para recibir beneficios no se pueden condicionar para obtener esta autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma de la persona o del representante legalmente autorizado de dicha persona

Representante legalmente autorizado

Firma del paciente/representante legal

Fecha

Relación con el paciente

Fecha de vencimiento de la autorización
Salvo que se indique lo contrario, la autorización vence al cabo de 1 año de la fecha de la firma indicada en este formulario

Firma del testigo

Fecha

La información de un menor de edad será obligatoria para divulgar ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la divulgación de información de ciertos tipos de cuidados de la reproducción, enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas, alcohol o sustancias y el tratamiento de salud mental (Consulte, por ejemplo, el Código para las Familias de Texas, sección 32.003).

Firma del menor de edad

Fecha