



**NACOGDOCHES
G.I. CONSULTANTS**
P L L C

AUTORIZACIÓN PARA EL USO/DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono Casa: _____ Teléfono Celular: _____

ENVIAR EL EXPEDIENTE A:

Nombre del Centro Médico y Nombre del Proveedor (o si mismo) _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono/Fax: _____

DE:

Nombre del Centro Médico y Nombre del Proveedor (o si mismo) _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono/Fax: _____

EXPEDIENTES A LIBERAR:

Describa el motivo de la solicitud del expediente: _____

Al iniciar las opciones de abajo estoy autorizando la liberación de la siguiente información médica protegida:

____ Registros Hospitalarios ____ Informe de Laboratorio ____ Informe de Patología

____ Informe de Tratamiento ____ Antecedentes recientes de los últimos 5 años

____ Notas de Oficina ____ Informe de las Imágenes de Laboratorio

____ Otro: _____

AUTORIZACIÓN ESPECIAL:

Si la información que se divulgará contiene cualquiera de los registros o información enlistada abajo, pueden aplicar leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información. Entiendo y estoy de acuerdo que esta información será divulgada si pongo mis iniciales en los espacios correspondientes a la información descrita.

____ Informe relacionado con el VIH/SIDA ____ Informe de Prueba Genética ____ Informe de Salud Mental

____ Uso o Tratamiento de drogas/alcohol o información de referencia

____ Solicitar copias en papel de los registros ____ Solicitar copia de los registros en forma electrónica

____ Esta autorización se limita al siguiente tratamiento y/o periodo de tiempo: _____

Firma: X _____ Fecha: _____

Usted no tiene que firmar esta autorización. El no firmar la autorización no afectará negativamente su capacidad de recibir servicios de atención médica o el reembolso por los servicios. La única circunstancia al no firmar significa que no recibirá los servicios de atención médica si estos servicios requieren un tratamiento relacionado a un estudio de investigación y dicha autorización sea necesaria para participar en el estudio de investigación y para recibir tratamiento relacionado con el estudio de investigación. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, la información descrita anteriormente ya no podrá ser usada o revelada para los fines descritos en la presente autorización por escrito. Cualquier uso o divulgación ya hecha con su permiso no se pueden deshacer. Para revocar esta autorización, por favor, envíe una declaración por escrito a nuestra oficina diciéndonos que está revocando su autorización. Entiendo que la información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una divulgación subsecuente y ya no estar protegida por las leyes federales. También entiendo que la ley federal o estatal puede restringir divulgaciones subsecuentes de información sobre el VIH / SIDA, la información sobre la salud mental, la información de las pruebas genéticas, diagnósticos de drogas / alcohol, tratamiento, o la información de referencia, y pueden requerir específicamente mi autorización antes de divulgar subsecuentemente. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento. La única excepción es cuando se ha tomado una acción en función a la autorización. Este consentimiento expirará dentro 180 días desde la fecha de la firma, o permanecerá en vigor durante el plazo razonablemente necesario para completar esta solicitud, a menos que esta sea revocada antes.