

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACION DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a Flower Mound Family Medicine a revelar mi información de salud individualmente identificable descrita a continuación, la cual puede incluir información sobre enfermedades contagiosas tales como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (“VIH”) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (“SIDA”), enfermedades mentales (excluyendo los apuntes de sicoterapia), la dependencia en el alcohol o drogas, los resultados de las pruebas del laboratorio, mi historial médico, tratamiento o cualquier otra información relacionada. Yo comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negar de firmar esta autorización. Además, yo comprendo que mi cuidado médico y el pago de mi tratamiento médico no serán afectados si no firmo esta forma.

Yo comprendo que si la entidad autorizada a recibir esta información no es una entidad cubierta, (por ejemplo, una compañía de seguros o no proveedor de cuidado médico), la información revelada no puede ser protegida por los reglamentos estatales o federales de confidencialidad.

El nombre y apellido del paciente en letra de molde _____ Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____

Fecha(s) del servicio (si se sabe): _____

Descripción de la información que se puede revelar: (Marque todo lo pertinente)

Sala de emergencia Reportes de radiología Expedientes de Admisión/Registración Otro: _____
 Historial y Físico Reportes de consulta Reportes del laboratorio _____
 Apuntes de la enfermera Órdenes del médico Expedientes de cuentas _____
 Apuntes del progreso Reportes de operaciones _____
 Resumen del alto del HOSPITAL Radiografías _____

Descripción del propósito del uso y/o de la revelación: _____

La información de salud puede divulgarse a: Hospital; médico;
 La compañía de seguros; Abogado; Paciente; Otro (Marque Ud. la categoría apropiada)

Nombre y apellido _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Yo comprendo que esta autorización se vencerá según la ley en 180 días de la fecha de esta autorización a menos que yo especifique lo contrario. Yo deseo que esta autorización se mantenga en efecto hasta _____.

Fecha de vencimiento _____

Además, comprendo que puedo suspender esta autorización en cualquier momento al avisarle a Flower Mound Family Medicine por escrito a 2200 Morriss Road Suite 100 Flower Mound, Texas 75028. También, yo comprendo que esta suspensión escrita debe ser firmada y fechada en un día posterior a la fecha en esta autorización. Esta suspensión de autorización no afectará ninguna acción tomada antes del recibo de la suspensión escrita.

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

Nombre del representante del paciente
en letra de molde

Parentesco al paciente

O

Autoridad legal (Incluya Ud. documentos apropiados)