

HCA Physician Services
Southern Texas Physician Network, Inc. – Brownsville Surgical Specialists

Autorizacion para entregar informacion

Yo autorizo _____
(identidad) persona de quien han sido requeridos los records

(direccion completa)

(telefono y numero de fax, si tiene)

Para disponer de mi informacion medica descrita abajo, que puede incluir enfermedades comunicables como el virus del sindrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), enfermedades mentales (excepto para notas sicoterapeuticas), dependencia al alcohol o quimicos, resultados de laboratorio, historia medica; tratamiento, o cualquier otra informacion relacionada. Yo entiendo que esta autorizacion es voluntaria y que me puedo rehusar a firmarla. Tambien entiendo que mi tratamiento medico y el pago de mi tratamiento medico no se vera afectado si no firmo esta forma.

Comprendo que si el recipiente autoriza recibir informacion no es una identidad cubierta, ejemplo: seguro medico, la informacion no sera protegida por el gobierno federal o estatal.

Nombre del paciente _____ fecha de nacimiento _____ numero social _____
Fecha(s) del servicio (si las conoce): _____

Descripcion de la informacion que sera checada: (marque todo lo que le aplique)

<input type="checkbox"/> Cuarto de emergencia	<input type="checkbox"/> reportes radiologicos	<input type="checkbox"/> reportes de admission/ registracion
<input type="checkbox"/> historia y fisica	<input type="checkbox"/> reportes de consulta	<input type="checkbox"/> reportes del laboratorio
<input type="checkbox"/> notas de enfermera	<input type="checkbox"/> ordenes del especialista	<input type="checkbox"/> reportes de saldo
<input type="checkbox"/> notas de su progreso	<input type="checkbox"/> reportes de operacion	<input type="checkbox"/> otros: _____
<input type="checkbox"/> Resumen de cuando fue dado de alta	<input type="checkbox"/> rayos-filmicos	

La informacion medica descrita aqui podra ser checada en: hospital; doctor; seguro medico; abogado; paciente; otro (cheque lo que le aplique)

Nombre del doctor _____ Direccion _____ Ciudad _____ estado _____ codigo postal _____

Yo entiendo que esta autorizacion sera vencida por la ley 180 dias despues de esta autorizacion, solo que yo lo especifique diferente. Deseo que esta autorizacion sea efectiva a hasta

(fecha de expiracion)

Me queda claro que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento notificando _____ en escrito al _____. Me queda claro que esta revocacion escrita tiene que estar firmada y con la fecha. La revocacion no afectara ninguna de las acciones de esta autorizacion escrita.

Firma del paciente o representante

Fecha

(Nombre) (letra de molde)

Relacion con el paciente

o

Autoridad legal