



Where Your Healing Begins

Autorización para el uso y divulgación de información médica protegida

Identificación del paciente:

Nombre impreso: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____

La información se dará a conocer: ☐ Recogida ☐ Fax ☐ _____

De: _____ Para: _____

Dirección _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono # _____ Fax # _____ Teléfono # _____ Fax# _____

Por favor, marque el tipo de información que se divulgará: (Se requiere una divulgación separada para los registros psiquiátricos)

Todos los discos duran 2 años	Todos los discos duran _____ años	Informes de rayos X
Notas de progreso	Informes de consulta	Películas/imágenes de rayos X
Resultados de pruebas de laboratorio	Otro (especificar)	

Propósito de la solicitud:

Fecha de cita del tratamiento:	A petición del paciente	Facturación o pago de reclamaciones
--------------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Otro (especificar) _____

Divulgación de registros de drogas y/o alcohol, y/o psiquiátricos y/o VIH/SIDA

Entiendo que la información solicitada puede contener referencias o resultados de pruebas y/o tratamiento del VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), abuso de drogas y/o alcohol, atención psiquiátrica, enfermedades de transmisión sexual, pruebas de hepatitis B o C y/u otra información confidencial. Autorizo la divulgación de dicha información confidencial a la parte indicada, a menos que lo prohíban las instrucciones anteriores.

Límite de tiempo y derecho a revocar la autorización

Excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de esta autorización, en cualquier momento puedo revocar esta autorización volviendo a enviar un aviso por escrito al Oficial de Privacidad de la instalación en Calvary Medical Clinic, 108 S. William Barnett Ave., Cleveland, TX 77327. A menos que sea revocada, esta autorización caducará 365 días después de la fecha de firma.

Re-Divulgación

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. La instalación, sus empleados, funcionarios y médicos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

POR FAVOR INICIAL: **tarifa por copiar la información solicitada:** Entiendo que puede haber una tarifa cobrada por la copia de la información solicitada. He sido notificado de esta política y acepto pagar en consecuencia.

Firma del paciente o representante personal que puede solicitar la divulgación

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización, y mi tratamiento o pago por los servicios no será denegado si no firmo este formulario, a menos que se especifique anteriormente en **Propósito de la solicitud**. Puedo ver o recibir una copia de la información médica protegida que se utilizará o divulgará. **Autorizo a Calvary Medical Clinic a usar y divulgar la información médica protegida especificada anteriormente.**

Firma: _____ Fecha: _____

Autoridad para firmar si no es paciente: _____

Testigo: _____ Testigo: _____

Identidad del solicitante Verificado: ☐ Identificación con foto ☐ Firma coincidente ☐ Otro (especifique) _____ Verificado por: _____

Phone Number

Address

Business Hours

Livingston

936-327-1055

309 Hwy 59 S Loop

Monday - Friday: 8.00 AM - 5.00 PM

Cleveland

281-592-9775

108 S William Barnett Ave

Saturday - Sunday: Closed