



Medical Records Department · 9011 Poteet Jourdanton Fwy. · San Antonio, TX 78224
Phone (210) 977-1910 · Fax (210) 924-1374

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA LIBERACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Yo, _____ autorizo a: _____
(El individuo/la instalacion que revela Informacion) Nombre de la practica

Direccion de la Practica Numero de Teléfono de la Practica Numero de fax de la Practica

A revelar información a: _____
Nombre de Practica/Persona Direccion de la Practica/Persona Numero de Teléfono o Fax de la Practica

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento Número de seguridad

Direccion, Ciudad, Estado, Código Postal Teléfono del Paciente

Toda la información debe ser llenada para que sea valida.

**Por favor cheque debajo de toda la inormación que se require. La fecha de servicios, el tipo de servicios el nivel exacto de información para se liberado, el orgen de información, etc., si conocido:De _____ A _____ O _____
Todos los días de servicio.**

- | | |
|--|--|
| ☐ Lista de Medicamentos/Lista de Condiciones Medicas | ☐ EKG, EEG, de EMG |
| ☐ Ordenes de Médicos | ☐ Informes de Cirugía |
| ☐ Consulta con _____ | ☐ Salud Mental |
| ☐ Historia y Físcio | ☐ Informes de Radiología |
| ☐ Resumen del alta | ☐ Informes de Laboratorio |
| ☐ Mapas de Crecimiento | ☐ Registros de Inmunización |
| ☐ Reportes de cirugía/Resumen de hospitalización | ☐ Informaciín Genética |
| ☐ Información relacionada de HIV | ☐ Radiografias |
| ☐ Registros de Progreso | ☐ Historial Sicosocial |
| ☐ Plan educacional individual y pruebas de apoyo | ☐ Síndrome Inmunodeficiencia de Adquirido (SIDA) |
| ☐ Comunicación sobre el desarrollo académico y comportamiento del niño/a | ☐ o prueba para o infección con inmunodeficiencia o HIV |
| ☐ Farmacia | ☐ Récor Dental |
| ☐ Todo el registro medico pertenecientes a mi historial medico, condición y tratamiento recibido con la excepción de mis notas de psicterapia | ☐ Radiografia Dental |

Otra Información: _____

Yo autorizó a revelar todo mi récor medico con la excepción de la siguiente información:

- ☐ Salud mental
☐ Resultados de HIV o información relacionada con SIDA
☐ Tratamiento de abuso de drogas/alcohol/o dependencia química
☐ Otro (por favor especifique): _____

Entiendo que si no marco mi historial médico completo, será revelado.

AUTHORIZATION FOR THE USE AND RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Esta información de salud protegida se usara o se revelara para los siguientes propósitos, verifique pro favor:

- ☐ A petición del individuo (use solamente si el petición es del paciente o representante person del paciente)
- ☐ La continuación del cuidado
- ☐ Otra: (especifique razón)

Esta Authrización es efectiva por un períod de noventa (90) días de la fecha de firma o como de otro modo especificado:

- ☐ _____ (indique la fecha o evento de vencimiento),
- ☐ El Fin del studio de investigación (uso sólo si el uso o la revelación son para la investigación), O
- ☐ Ninguna fecha de vencimiento (usa solamente si el revelación es para investigacion)

Después que la fecha de vigencia, esta Autorización para usar o revelar est información de la salud protegida se expira.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización, por escrito a cualquier momento mandando tal notificación por escrito al Contacto de Privacidad de CentroMed. Mande por favor su carta a CentroMed localizada en 3750 Commercial Ave., San Antonio, Tejas 78221.

Entiendo que si después revoco esta Autorizacién, la revocación surtiría efecto al recibirse y no es efectiva para los usos ni las revelaciones que CentroMed y haya hecho a base de est Autorización. Si mi Authorización se obtuvo como una condición de obtener cobertura de Seguro, el asegurado tiene derecho legal de impugner la reclamación si la autorización se ha revocado.

Entiendo que CentroMed no puede condicionará mi tratamiento, el pago, la matriculación en un plan de la salud ni la elegibilidad para beneficios en si proporciono la Autorización para el uso y revelación except cuando (1) mi tratamiento se relaciona con investigación y el uso o revelación de la información es para la investigación, o cuando (2) los servicios de asistencia médica son proporcionados a mí únicamente con el propósito de salud protegida para la revelación a una tercer persona.

☐ Si esta caja esta marcada, el uso o la revelación solicitados bajo este Autorización tendrá como resultado remuneración directa o indirecta a CentroMed por un a tercera parte.

Se _____ me ha leído/o _____ he leído esta autorización y entiendo su significado. You entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de est autorización.

Firma de Paciente o Representante Personal

Fecha _____
Riquirió

Deletree el nombre del Paciente o Representante Personal

Relación, si es el representante personal

Fecha _____