



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Número de seguro social: _____

Número de cuenta: _____ Fecha de la última visita: _____

Médico consultado: _____

1. Autorizo el uso o la divulgación de la información médica del paciente, según lo descrito a continuación.

2. Las siguientes personas u organizaciones están autorizadas a realizar la divulgación:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

3. El tipo y la cantidad de información para usar o divulgar es la siguiente: (Marque)

- Registro médico entero Procedimientos quirúrgicos Informe de patología
 Ecocardiograma Antecedentes y exámenes físicos Informes de radiografías/imágenes
 Película radiográfica Informes de laboratorio
 Otro (describa) _____

4. Entiendo que la información del registro médico del paciente puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede contener información acerca de servicios de salud mental o conductual o sobre tratamientos para el abuso de alcohol o drogas.

5. Esta información puede ser divulgada a las siguientes personas u organizaciones, o usada por estas (*incluya el nombre y la dirección de la persona u organización*):

6. Esta información se divulga con los siguientes fines: _____

7. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación en Methodist Medical Group, 3400 W. Wheatland Rd, Suite 453, Dallas, TX 75237. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le conceda el derecho a impugnar una reclamación conforme a mi póliza.

8. Salvo que sea revocada, esta autorización caducará en la siguiente fecha o ante el siguiente evento o afección:

Esta autorización caducará 12 meses después de la fecha en que se firmó.

9. Entiendo que mi tratamiento, pago o elegibilidad para reclamar a la compañía de seguros no estará sujeto a la compleción y la firma de este formulario.

10. Entiendo que una vez que la información sea divulgada conforme a esta autorización, es posible que vuelva a ser divulgada por el destinatario y la información deje de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

11. Entiendo que recibiré una copia de este formulario de autorización después de firmarlo.

Firma del paciente/tercero responsable o representante legal

Fecha

Si firma el representante legal, indique el parentesco con el paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha