

Autorización para:

Divulgación

Inspección

Enmienda

de Información Protegida de la Salud

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Número de MR
Dirección			Número de Teléfono ()
Yo autorizo por el presente a, _____ <i>Nombre del establecimiento</i>			
Para revelar información del historial médico de _____ <i>Nombre del paciente</i>			
A: _____ <i>Nombre, dirección de la persona, organización a quien se le revelará información</i>			
Fecha del examen: _____	Facsímil: _____	Teléfono: _____	
De las fechas de tratamiento: _____ Especifique las fechas. Esta línea DEBE SER llenada			
Con el siguiente propósito: <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otro (detalle a continuación)			

Selecciones las Porciones

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Información abstracta/pertinente | <input type="checkbox"/> EXCLUYENDO todo el historial – Dependencia química y Pruebas de VIH |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> INCLUYENDO todo el historial – Dependencia química y Pruebas de VIH |
| <input type="checkbox"/> Sala de Emergencias – Todo el historial (INCLUYENDO antecedentes del historial médico) | <input type="checkbox"/> INCLUYENDO todo el historial – Solamente la prueba de VIH |
| <input type="checkbox"/> Formación de imágenes/radiología | <input type="checkbox"/> INCLUYENDO todo el historial – Solamente dependencia química. |
| <input type="checkbox"/> Apuntes de enfermería | <input type="checkbox"/> Factura detallada |
| <input type="checkbox"/> Examen Físico e Historial | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Estudios Cardíacos | |
| <input type="checkbox"/> Apuntes del Médico sobre el Progreso | |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del Médico | |
| <input type="checkbox"/> Página-carátula | |
| <input type="checkbox"/> Informe operatorio/procedimiento | |

Esta autorización es válida hasta el 180° día después de la fecha que sea firmado, a menos que se estipule de otra manera, no excederá de 24 meses, o a menos que sea revocada, y cubra solamente tratamiento(s) para las fechas especificadas más arriba.

Yo, el infrascrito(a), he leído lo citado anteriormente y autorizo al personal del Sistema de Cuidados de la Salud de Memorial Hermann para que revelen información aquí mencionada. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida que se haya actuado dependiendo de ella. Yo entiendo que cuando esta información es usada o revelada conforme a esta autorización, ésta podría estar sujeta a ser revelada de nuevo por el receptor y pudiera entonces, ya no estar protegida más. Por la presente eximo y libro de responsabilidad a la instalación nombrada más arriba y a su empresa matriz de toda obligación y daños y perjuicios que resulten de revelar legalmente mi Información Protegida de la Salud.

Fecha

Firma del paciente/padre/protector/custodio

Autoridad/Parentesco con el Paciente

Los honorarios/ cargos cumplirán con todas las leyes y reglamentos aplicables a la revelación de esta Información Protegida de la Salud. El pago vence en el momento de revelar la información.

Memorial Hermann
Hospital System

FOR YOUR WHOLE LIFE.™

Release of Protected Health
Information

