

PALM VALLEY MEDICAL CLINIC, P.A

NOEL LOPEZ, M.D.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

<input type="checkbox"/> Para: Palm Valley Medical Clinic Noel Lopez, M.D.	<input type="checkbox"/> Para: _____
<input type="checkbox"/> De : Linda Garcia, P.A- C Lisa Guzman, P.A - C	<input type="checkbox"/> De : _____
5140 N. 10 th St McAllen, TX 78504 P: (956) 972-1600 F: (956) 213-8577 (Medical Records)	Nombre / Entidad _____ Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Teléfono # / Fax# _____

Información que debe entregarse

- Historial médico completo (si tiene más de 50 páginas, envíelo por correo a la dirección anterior)
- Registros de atención desde _____ hasta _____ solamente.
- Registros de atención relativos a la(s) siguiente(s) afección(es): _____
- Otros Especifique: _____

Propósito de la solicitud/divulgación

- Tratamiento o Consulta
- A petición del paciente

Divulgación de registros de abuso de drogas y/o alcohol, y/o salud mental/psiquiátrica, y VIH/SIDA

Reconozco, y doy mi consentimiento para que así sea, que la información divulgada puede contener información sobre alcohol, abuso de drogas, psiquiatría, pruebas de VIH, resultados de VIH o SIDA.

Inicial: _____

Límite de tiempo y derecho a revocar la autorización

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a consentir un reclamo bajo mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización expirará en la siguiente fecha _____. Si no especifico una fecha, esta autorización expirará en seis meses. (TEX H&S 166.155)

Reenvío de la información

Entiendo que la información divulgada por mi autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. El centro, sus empleados, funcionarios y médicos quedan eximidos de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información mencionada hasta la extensión indicada y autorizada en el presente documento.

Firma del paciente o del representante personal que puede solicitar la divulgación

Yo Autorizo a _____ a divulgar la información médica protegida especificada anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____