

**Identidad del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha del servicio(s) solicitado(s): \_\_\_\_\_

**Información que se publicará**

Copia en papel  Formato electrónico

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencia       | <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Registros de admisión/registro                                |
| <input type="checkbox"/> Películas de radiología  | <input type="checkbox"/> Historia y física      | <input type="checkbox"/> Informes de consulta <input type="checkbox"/> Resumen de alta |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio  | <input type="checkbox"/> Notas de la enfermera  | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Otro _____        |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Notas de progreso      | <input type="checkbox"/> Registros operativos  |

**Propósito de la solicitud**

A petición del paciente  Tratamiento o Consulta  Pago de facturación o reclamaciones

**Información de lanzamiento**

**Liberar a | La información de salud aquí descrita se divulgará a:**

Hospital  Médicos  Compañía aseguradora  Abogado  Paciente  Otro: \_\_\_\_\_

Liberar a nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Liberación de | La información de salud aquí descrita se divulgará:**

Hospital  Médicos  Compañía aseguradora  Abogado  Paciente  Otro: \_\_\_\_\_

Liberar a nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Liberación de | La información de salud aquí descrita se divulgará:**

Hospital  Médicos  Compañía aseguradora  Abogado  Paciente  Otro: \_\_\_\_\_

Liberar a nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Plazo y derecho a revocar la autorización**

Entiendo que esta autorización expirará por ley 180 días después de la fecha de esta autorización a menos que especifique lo contrario. Deseo que esta autorización esté vigente hasta \_\_\_\_\_.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Hospital Regional de Medina por escrito en 3100 Avenue E Hondo, Texas 78861, ATTN: Registros médicos. También entiendo que la revocación por escrito debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la de esta autorización. La revocación no afectará ninguna acción realizada antes de recibirla.

**Divulgaciones**

- Por la presente, autorizo a Medina Healthcare Sistema a divulgar mi información médica personal, según se describe en este documento, la cual puede incluir información sobre enfermedades transmisibles como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades mentales (excepto notas de psicoterapia), dependencia química o alcohólica, resultados de análisis de laboratorio, historial médico, tratamiento o cualquier otra información relacionada. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Además, entiendo que mi atención médica y el pago de la misma no se verán afectados si no firmo este formulario.
- Entiendo que si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, por ejemplo, una compañía de seguros o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas de privacidad federales y estatales.

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha de hoy

Nombre impreso del representante del paciente

Paciente identificado por

Relación con el paciente

O

Autoridad legal

**Identidad del solicitante verificada mediante:**  **Identificación con foto**  **Firma coincidente**

**Otro, especifique:** \_\_\_\_\_