



**AUTORIZACION PARA EL USO Y LA DIVULGACION
DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**
Waco Family Medicine • 1600 Providence Dr • Waco, TX 76707

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS #: _____

Domicilio: _____ Apt # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Obtener Información De:

Divulgar Información A:

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Ph#: _____ Fax#: _____

Ph#: _____ Fax#: _____

Información del Paciente es Necesaria Para el Siguiete:

- Transferir Cuidado Tratamiento Seguro Social/ Incapacidad Compañía/ Póliza de Seguros
 Efectos Legales Escuela/Guardería Uso personal Otro, Especifique _____

Fechas de Tratamiento: _____

Información Para ser Utilizada y Divulgada:

- Historia y Física Consultas Medicas Laboratorio y Patología Informes Operativos
 Consultas de Especialista Informes de Rayos X Expediente Completo Otro, Especifique _____

Abuso de Sustancias, Salud Mental, VIH/SIDA

Entiendo que mis expedientes médicos o facturación podrían contener información en referencia a drogas, alcohol, atención psiquiátrica, enfermedades de transmisión sexual, Hepatitis B o C, pruebas de VIH/SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/Virus de Inmunodeficiencia Humana), u otra información sensible y estoy de acuerdo con esta liberación. _____

Límite de Tiempo/ Derecho a Revocar la Autorización

Excepto hasta el punto de que la acción ha sido tomada ya en la confianza en esta autorización, en cualquier momento puedo revocar esta autorización presentando un aviso por escrito a la Oficina de Privacidad a 1600 Providence Dr., Waco, TX 76707. A menos que no revocado, esta autorización expirará en la fecha siguiente _____ o acontecimiento: o un año después de la fecha de la firma de esta autorización como mostrado abajo.

Revelación

Entiendo que la información revelada por esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación por parte del receptor y ya no estarán protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996. Las instalaciones, sus empleados, oficiales y los médicos son queda liberados de responsabilidad legal alguna para la divulgación de la información en la medida indicada y autorizada en el presente.

La Firma del Paciente o Personal Que Puede Solicitar la Revelación:

Entiendo que Waco Family Medicine no puede condicionar mi tratamiento en si firmo este formulario de autorización salvo por encima en el propósito de solicitar. Puedo inspeccionar o copiar la información protegida de salud para ser usada o divulgada. Autorizo a Waco Family Medicine a usar y divulgar la información protegida de salud descrita anteriormente.

Firma: _____
Nombre del Paciente o Representante Personal

Fecha: _____

Nombre Impreso del Paciente o Representante Personal

Relación con el Paciente