



**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. \_\_\_\_\_

**Limite 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