

Matagorda Regional Medical Center Autorización de Divulgación de Información

104 7th Street Bay City, TX 77414 Teléfono: 979-241-5565 Fax: 979-241-5567

*Nombre del paciente: _____ *Dirección: _____ *Número de Seguro Social: _____

*Fecha de nacimiento: _____ *Correo electrónico: _____ *Número de teléfono: _____

Por la presente autorizo al **Matagorda Regional Medical Center** a divulgar información de los expedientes médicos de

_____ (nombre del paciente) a:

Mí Médico Otro (especifique nombre y relación) _____.

Nro. de teléfono: _____ (del médico) Nro. de Fax: _____ (del médico)

Fechas de trat. desde _____ hasta _____.

PERÍODO DE VALIDEZ: Esta autorización es válida hasta la ocurrencia del fallecimiento del paciente, alcance de

la mayoría de edad, retiro del permiso o en la siguiente fecha específica (opcional): Mes _____ Día _____ Año _____.

Información a divulgar:

Laboratorios / Patología

Informes de radiología/CD

Salud reproductiva*

Visita a la sala de emergencias

Historia clínica y examen físico

Resumen de alta

Estudios cardíacos / EKG

Informes operativos

Todas las informaciones médicas

Registros de facturación

Listas de medicamentos

Otros: _____

Ficha demográfica

Sus iniciales son necesarias para divulgar lo siguiente:

_____ Registros de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia)

_____ Información genética (Resultados de pruebas genéticas)

_____ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias

_____ Resultados/Tratamiento de pruebas de VIH/SIDA

***Todas las solicitudes de registros médicos de atención de salud reproductiva de parte de un representante personal, socio comercial o entidad no cubierta por HIPAA requerirán completar el formulario de certificación adjunto.**

Nota: Si un representante está firmando el formulario, debe detallarse la relación con el paciente junto con una descripción de la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente.

Entiendo que la información divulgada conforme a esta solicitud no incluirá información relacionada con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tratamiento de drogas o alcohol, o atención de salud mental o psiquiátrica, a menos que se solicite específicamente y se inicialice arriba.

Matagorda Regional Medical Center no condicionará tratamiento o pago en base a la firma de esta autorización. Puede encontrar más detalles en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que si la persona solicitante o receptora no es un plan de salud o proveedor de atención médica o una entidad cubierta por la ley HIPAA, la información divulgada puede no estar protegida por regulaciones de privacidad federal y puede ser divulgada nuevamente sin estar protegida por las leyes de privacidad estatales o federales.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La solicitud debe hacerse por escrito. Entiendo que las acciones previas realizadas en base a esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud no serán afectadas.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del representante _____ Relación: _____ Fecha _____