



**Autorización para Revelación y Declaración de Información Protegida de Salud a Austin Regional Clinic**

MRN \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo al Custodio del Historial médico de la oficina \_\_\_\_\_ a liberar información del historial de Dr. médico de:

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ No. de Teléfono \_\_\_\_\_  
 Fecha de servicio \_\_\_\_\_

**La Información puede ser liberada a :**

**Austin Regional Clinic**

Domicilio \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

**From:**

Consultorio médico/Nombre de médico \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

**Favor de adjuntar la siguiente información:**

<input type="checkbox"/> Lista de problemas	<input type="checkbox"/> Reportes de rayos-X	<input type="checkbox"/> Salud Mental	<input type="checkbox"/> Otros Especificar
<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso	<input type="checkbox"/> Película de rayos-X	<input type="checkbox"/> Drogas/Alcohol	<input type="checkbox"/> Registros afuera
<input type="checkbox"/> Historia y Examen Físico	<input type="checkbox"/> Reporte de EKG	<input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio	<input type="checkbox"/> de ARC
<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Exámen de VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Medicamentos	
<input type="checkbox"/> Otros Reportes de Diagnósticos (Especificar) _____			

**Esta información es necesaria para el siguiente propósito:**

Continuar con la atención del paciente     Uso personal     Abogado/Legal  
 Seguro     Otro(Especificar) \_\_\_\_\_

1. Entiendo que la información contenida en mi registro de salud es posible que incluya información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). También puede incluir información acerca de servicios relacionados con salud mental y comportamiento y tratamientos para problemas de alcohol y drogadicción.
2. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y debo presentar mi revocación por escrito ante el departamento de administración de salud, dónde mis registros son almacenados permanentemente. Comprendo que la revocación no tendrá efecto sobre la información que ya haya sido solicitada como respuesta a esta autorización. Comprendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley proporcione a mi asegurador el derecho a disputar una reclamación bajo mi póliza. Y excepto que sea de otra manera revocada, esta autorización expirará en la fecha, evento, o condición siguiente: \_\_\_\_\_  
 Si fallo de dar una fecha específica de caducidad, el acontecimiento ó condición, de ésta autorización expirará en seis meses.
3. Comprendo que autorizar la divulgación de ésta información médica es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar esta revocación. No necesito firmar esta autorización con el fin de recibir tratamiento. Comprendo que con ciertas excepciones, puedo inspeccionar o solicitar copias de la información a ser utilizada ó divulgada. Comprendo que cualquier divulgación de ésta información lleva consigo el riesgo potencial de que ésta se vuelva a divulgar sin autorización y que es posible que la información no quede protegida bajo las normas federales de confidencialidad.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o del representante legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
 Testigo