

TX096, TX097, TX098

### Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono Del Trabajo: \_\_\_\_\_

### Proporcionar Información a

Autorizó a Cardiology Clinic of San Antonio que libere mi expediente médico a:

Enviar Copias a:  Discutir información médica con:

Nombre/Facilidad: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Razón de la petición: Personal  Continuación de Tratamiento/Referencia  Seguridad  Transferencia  Otro (Explique)   
 Comentarios/Especificaciones de la Autorización: \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN:** La publicación de información en virtud de esta autorización puede ser revelada por la institución receptora o individuales a otras personas o organizaciones que no son asunto federal y las leyes de privacidad del sitio. Cardiology Clinic of San Antonio no condicionara el tratamiento medico a la firma de esta autorización o pago de las tarifas asociadas.

### Información Para ser Liberado

- Por favor proveer un resumen 2 años (incluye 5 años de laboratorios, radiología y diagnóstico)  Por favor proporcionar sólo los siguientes registros para las fechas indicadas abajo:
- Por favor proveer mi expediente médico completo para las fechas: Desde \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Notas de Progreso/Consultas \_\_\_\_\_ Laboratorios  
\_\_\_\_ Reportes de Radiología \_\_\_\_\_ Patología \_\_\_\_\_ Cuenta de Factura
- Por favor proporcionar mi registro de factura completo para las fechas: Desde \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Otro (Explique) \_\_\_\_\_

Comentarios/Especificaciones de la Autorización: \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN:** Esta autorización es valida por 180 días a menos que especifique lo contrario. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento proporcionado una declaración por escrito a el Departamento de Administración de Información de Cardiology Clinic of San Antonio, excepto en la medida cuando Cardiology Clinic of San Antonio ya ha completado la acción.

**CARGOS POTENCIALES:** Ver la "letra de Explicación de Cuota y Proceso" para obtener mas información acerca de los costos asociados.

### Autorización para liberar información protegida

**Requerido** - Por favor completé las cajas abajo indicando cómo la información protegida debe ser manejado aún cuando las categorías no se apliquen necesariamente a los registros médicos del paciente.

Liberar Documentos Marque uno

Inicial para confirmar sus opciones

- Yo  SI  NO QUIERO información acerca de mi **Salud Mental** liberado \_\_\_\_\_
- Yo  SI  NO QUIERO información acerca de mis exámenes de **HIV o Información Relacionada** liberado \_\_\_\_\_
- Yo  SI  NO QUIERO información acerca de **Notas De Psicoterapia** liberados \_\_\_\_\_
- Yo  SI  NO QUIERO información acerca de **Abuso De Sustancia o Alcohol** liberado \_\_\_\_\_



**ALTO Y REVISION:** Por favor confirma que ha puesto una marca y sus iniciales a **TODAS** las categorías de información protegida arriba si importar si son aplicables o no. Si la forma esta completa, o si la información protegida no es liberado, es posible que no podremos cumplir esta petición.

**AVISO AL RECIPIENTE:** Reglas federales prohíbe promover revelación de los archivos de cualquier abuso de sustancia o alcohol por el recipiente en esta autorización, a no ser que el recipiente haiga obtenido permiso por escrito de la persona a quien le pertenece esos archivos o de otra manera permitido por ley 42 CFR Parte 2.

Firma

Fecha

**Conoce tus derecho  
de privacidad**  
Refiérete a el  
**"AVISO de PRIVACIDAD  
de HIPAA"**

Firma del Paciente

Fecha

Padre/Firma del Representante Legalmente Reconocido

Fecha

Descripción y Prueba de Autoridad para Actuar en Nombre de Paciente

Fecha

Documento Actualizado:  
6/10/2018