

## HAND & UPPER EXTREMITY CENTER

### AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Codigo postal: \_\_\_\_\_ Telefono particular: \_\_\_\_\_ Telefono laboral: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

Medico consultado: \_\_\_\_\_

1. Autorizo el uso o la divulgacion de la informacion medica del paciente, segun lo descrito a continuacion.
2. Las siguientes personas u organizaciones estan autorizadas a realizar la divulgacion.

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

3. El tipo y la cantidad de informacion para usar o divulgar es la siguiente: (Marque)  
 Registro medico entero     Procedimientos quirurgicos     Informe de patologia  
 Ecocardiograma     Antecedentes y examenes fisicos     Informes de radiografias/imagenes     Copia de radiografias  
 Informes de laboratorio     Otro (describa) \_\_\_\_\_
4. Entiendo que la informacion del registro medico del paciente puede incluir informacion relacionada con enfermedades de transmission sexual, el syndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia human (VIH). Tambien puede contener informacion acerca de servicios de salud mental o conductual o sobre tratamientos para el abuso del alcohol o drogas.
5. Esta informacion puede ser divulgada a las siguientes personas u organizaciones, o usada por estas (incluya el nombre y la direccion de la persona u organizacion):  
\_\_\_\_\_
6. Esta informacion se divulga con los siguientes fines: \_\_\_\_\_
7. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorizacion en cualquier momento. Entiendo que para revocar esta autorizacion, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocacion en Hand & Upper Extremity Center, 3450 W.

Wheatland Rd, Suite 430, Dallas, TX 75237. Entiendo que la revocacion no se aplicara a la informacion que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorizacion. Entiendo que la revocacion no se aplicara a mi compañía de seguros cuando la ley le conceda el derecho a impugner una reclamacion conforme a mi poliza.

8. Salvo que sea revocada, esta autorizacion caducara en la siguiente fecha o ante el siguiente evento o afeccion:

\_\_\_\_\_

**Esta autorizacion caducara 12 meses despues de la fecha en que se firmo.**

9. Entiendo que mi tratamiento, pago o elegibilidad para reclamar a la compañía de seguros no estara sujeto a la compeccion y la firma de este formulario.
10. Entiendo que una vez que la informacion sea divulgada conforme a esta autorizacion, es posible que vuelva a ser divulgada por el destinatario y la informacion deje de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
11. Entiendo que recibire una copia de este formulario de autorizacion despues de firmarlo.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tercero responsable o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si firma el representante legal, indique el parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha