

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION

Nombre del paciente / Patient Name: _____ **No. de teléfono / Phone Number:** _____

Otros nombres / Other Names Used: _____ **Fecha de nacimiento / Date of Birth:** _____ **Número de Seguro Social / Social Security Number: XXX --** _____ - _____

Yo, el que suscribe, autorizo la divulgación o solicito que se brinde acceso a la información detallada a continuación incluida en la(s) historia(s) clínica(s) del paciente mencionado anteriormente / I, the undersigned, authorize the release of or request access to the information specified below from the medical record (s) of the above-named patient.

SE REQUIERE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA: ELIGA UNA OPCIÓN / PATIENT INFORMATION IS NEEDED FOR:
PLEASE SELECT ONE OPTION

- Continuar con el tratamiento médico / Continuing Medical Care El servicio militar / Military Uso personal / Personal Use
 La educación / School El seguro / Insurance Asuntos legales / Legal Purposes
 El Seguro Social/la discapacidad / Social Security/Disability Otro / Other: _____

FECHA(S) DE TRATAMIENTO / DATE (S) OF TREATMENT: _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ O A LA CUAL SE PODRÁ ACCEDER / INFORMATION TO BE RELEASED OR ACCESSED:

- Notas clínicas / Clinic Notes Informe de consulta / Consultation Report Todos los registros / All Records
 Vacunas / Immunizations Notas sobre el procedimiento / Procedure Notes
 Informes de electrocardiogramas (EKG) / EKG Reports Informes de laboratorio/patología / Lab/Pathology Reports
 Lista de medicamentos/receta médica / Medication/Prescription List Informe de radiología / Radiology Reports
 Salud del comportamiento / Behavioral Health Lista de problemas / Problem List
 Imágenes de radiología / Radiology Images Otro / Other: _____

FORMATO SOLICITADO PARA BRINDAR LA INFORMACIÓN / FORMAT REQUESTED FOR INFORMATION TO BE PROVIDED:

- Impreso / Paper
 Medio electrónico, según esté disponible* / Electronic media, as available *
 Divulgar la información a la cuenta de MyChart, según esté disponible**(*formato solamente para información almacenada electrónicamente) / Release to MyChart account, as available* (* only applies to data stored electronically)

MÉTODO DE ENTREGA / METHOD OF DELIVERY:

- Recoger en persona (se le notificará por vía telefónica cuando la información esté lista) / Pick Up (You will be notified via a telephone call when records are ready for pick up)
 Enviar por correo postal a la dirección que se indica a continuación / Mail to Address listed below
 Enviar por fax (favor de proporcionar la información del destinatario a continuación) / Fax (Provide recipient information below)

Nombre del médico, clínica o consultorio a quien se le enviará su información / *Physician/Clinic name to release your records* Dirección y teléfono / *Address and Phone*

La información indicada anteriormente se puede divulgar a / (Physician / Clinic or Practice Name to release your records) may release the above information to:

Premier Dermatology
Patrick J. Keehan, D.O.
Tonya Khan, PA-C
1300 W. Terrell Avenue, Suite 300
Fort Worth, Texas 76104
Phone: 817-769-3603 Fax: 817-348-0113

Comprendo que mi historia clínica es confidencial y no puede divulgarse sin mi autorización escrita, salvo en cuanto la ley lo permita. El destinatario puede volver a divulgar la información que se utilice o divulgue de conformidad con esta autorización, en cuyo caso es posible que ya no sea información protegida. Entiendo que la información detallada cuya divulgación autorizo podría incluir, entre otros datos: antecedentes, diagnósticos o tratamientos de abuso de drogas o alcohol, y enfermedades mentales o contagiosas, lo que incluye el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Entiendo que el tratamiento o el pago no pueden estar condicionados al hecho de que yo firme esta autorización, excepto en determinadas circunstancias, como en el caso de participar en programas de investigación o de autorizar la divulgación de resultados de pruebas para la preselección laboral. Entiendo que podré revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se

hayan realizado acciones en virtud de dicha autorización. Entiendo que se me puede cobrar una tarifa por el procesamiento o la recuperación de las copias de mis historias clínicas, de conformidad con la ley que regula los hospitales de Texas.

Esta autorización se vencerá después de ciento ochenta (180) días de la fecha de mi firma, a menos que la revoque antes de dicha fecha o que se especifique a continuación lo contrario debido a otra fecha, evento o condición / *This authorization will expire One Hundred Eighty (180) days from the date of my signature unless I revoke the authorization prior to that time or unless otherwise specified by date, event, or condition as follows:* _____

Fecha / Date: _____ Firma / Signature: _____
Paciente o representante legalmente autorizado
Patient or Legally Authorized Representative

Nombre en letra de molde del paciente o del representante legalmente autorizado
Printed Name of Patient or Legally Authorized Representative

Lo siguiente debe ser completado por el departamento. MRN/No. de Cuenta
For Department Use: MRN/Acct #

Parentesco con el paciente
Relationship to Patient

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION