

MISSION REGIONAL MEDICAL CENTER
900 SOUTH BRYAN ROAD
MISSION, TEXAS 78572

AUTORIZACION PARA DAR A CONOCER MI INFORMACION DE SALUD

Nobre de Paciente: _____ Numero del expediente: _____

Numero del Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo que **MISSION REGIONAL MEDICAL CENTER** de a conocer mi informacion de salud. El tipo de informacion a usar o dar a conocer esta en la siguiente lista:

| <i>Indique Documento apropiado</i> | <i>Fechas</i> |
|--|---------------|
| _____ Reporte de operacion | _____ |
| _____ Historial y examen fisico | _____ |
| _____ Resume de hospitalizacion | _____ |
| _____ Resultados de laboratorio | _____ |
| _____ Resultados de radiologia | _____ |
| _____ Reporte de patologia | _____ |
| _____ Reporte de electrocardiograma | _____ |
| _____ Emergencia | _____ |
| _____ Expediente completo (Excluye Tiras de Monitoreo Fetal) | _____ |
| _____ Tiras de Monitoreo Fetal | _____ |
| _____ Otros: _____ | _____ |

Pro favor indique el proposito para el qual la informacion es requerida:

Personal Abogado Medicaid/Medicare Continuacion de cuidados medicos
 Aseguranza Incapacidad Otro: _____

- Yo entiendo que la informacion de mi expediente puede incluir informacion relacionada a enfermedades transmisibles sexualmente, syndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDS), o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Ademas, puede incluir informacion sobre los servicios de salud mental o de comportamiento, de tratamiento para el alcoholismo, o el abuse de drogas.
- Esta informacion puede ser dada a conocer, y usada por la siguiente organizacion o persona:**
Nombre de la Persona/Organizacion: _____
Direccion: _____
- Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorizacion en cualquier momento. Yo entiendo que si you revoca esta autorizacion, es necesario hacerlo escrito, y presentar mi revocacion escrita al Departamento de HIM/Archivos Medicos. Ademas entiendo que esta revocacion no aplicara a la informacion que haya sido dada a conocer antes de la misma. Tambien entiendo que la revocacion no aplicara a mi compania asegurado cuando la ley le provee el derecho de contestar una reclamacion en mi poliza, a menos que este revocada, esta autorizacion expira en la siguiente fecha: _____. Si yo no especifico la fecha, esta autorizacion automaticamente expira en seis meses (Tex. H&S § 166.155).
- Yo entiendo que la autorizacion de la divulgacion de mi informacion de salud es voluntaria. Yo puedo rehusar firmar esta autorizacion. Yo no necessito firmar esta para recibir tratamiento. Ademas entiendo que yo puedo inspeccionar o requerir una copia de la informacion que sera usada o dada a conocer como esta previsto en la ley CFR 164.524. Yo entiendo que cualquier informacion y puede no ser protegida por las reglas federales de privacidad.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Relacion al paciente, si es firmado por Representante Legal

Fecha

