



### AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

De acuerdo con los requisitos legales y reglamentarios, el registro de salud es propiedad de Cornerstone OBGYN.

Información del paciente: (Por favor, imprima su nombre)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Los últimos cuatro dígitos del # Seguro Social: \*\*\* - \*\* - \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Por favor marque "Para" o "Departa de"

**Para**  **Departa de**  : Cornerstone OBGyn  
16040 Park Valley Drive, Ste 222  
Round Rock, Texas 78681  
Tel: 512-341-8001 Fax: 512-341-8011

**Para**  **Departa de**  : (Centro Medico o Medico) \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad / Estado / Código postal: \_\_\_\_\_  
Tel: ( ) \_\_\_\_\_ Fax No: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dr. Choudhry      \_\_\_\_\_ Dr. Anger      \_\_\_\_\_ Dr. Duncan      \_\_\_\_\_ Dr. Bookout

Por favor, libere lo siguiente:

\_\_\_\_\_ Resultados más recientes de la visita a la oficina / resultados de pruebas  
(Fechas de visita (s) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ Resultados de laboratorios    \_\_\_\_\_ Mamograma    \_\_\_\_\_ Ultrasonido    \_\_\_\_\_ Registro completo  
\_\_\_\_\_ Registros obstétricos    \_\_\_\_\_ Embarazo actual    Otro: (especifique) \_\_\_\_\_

\*\* Se debe proporcionar un intervalo de fechas. Si no se indica, sólo se enviará la última fecha de servicio. \*\*

Motivo de la liberación: (Artículo 449b, Sec.5.08 (j) Los Estatutos Civiles Revisados de Texas requieren que una autorización para la publicación de expedientes médicos incluya "la razón o el propósito de la liberación")

\_\_\_\_\_ Transferir Cuidado (razón): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Médico de Atención Familiar    \_\_\_\_\_ Consulta con otro Médico    \_\_\_\_\_ Partera  
\_\_\_\_\_ Registro Personal    \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Inicial) **Entiendo que este formulario debe ser completado en su totalidad para ser considerado válido, y nuestra oficina no aceptará un formulario incompleto y será nulo y sin valor.**

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que hay un cargo mínimo de \$ 25.00, de acuerdo con las pautas de TMA y esta solicitud será procesada al recibir ese pago. Usted puede ir a nuestro sitio web, [www.cornerstone-obgyn.com](http://www.cornerstone-obgyn.com), para hacer su pago en línea, o usted puede enviar un cheque a nuestra oficina.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que de acuerdo con las directrices de TMA, este proceso puede tardar hasta quince (15) días hábiles en procesarse.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Estoy de acuerdo con la liberación de cualquier resultado de prueba positivo o negativo para la infección por VIH / SIDA, anticuerpos contra el SIDA o infección con cualquier otro agente causal del SIDA con el resto de mi expediente médico.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que la información publicada es para el propósito específico indicado anteriormente, y **no responsabilizaré** a Cornerstone OBGYN por cualquier interpretación errónea de la información en mi historial médico como resultado de no consultar a mi médico para la correcta interpretación.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito a Cornerstone OBGYN. A menos que sea revocado, la fecha de vencimiento automática será de treinta (30) días a partir de la fecha de la firma.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que la información revelada por esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del beneficiario y ya no estará protegida por la Ley de Responsabilidad de la Portabilidad del Seguro Médico de 1995. Esta institución, sus empleados, oficiales y médicos son liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha