



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, libere lo siguiente:

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

____ Resultados de laboratorios ____ Mamo grama ____ 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) _____

Por favor divulgue la información solicitada:

Nombre/Entidad _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____

Envíe la información solicitada a:

Nombre/Entidad _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____
Correo electrónico: _____

Entiendo el riesgo de que esto vendrá de un correo electrónico que no está encriptado.

____ (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 puede haber un cargo por estos registros médicos de acuerdo con las pautas de TMA y esta solicitud se procesará al recibir dicho pago. Puede ir a nuestro sitio web, www.cornerstone-obgyn.com, para hacer su pago en línea, o enviar un cheque / giro postal 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