



Texas Digestive Disease Consultants

Autorización limitada del paciente para la divulgación de información médica protegida
Escriba en letra de imprenta. Se debe firmar y fechar el formulario todos los años.

Formulario 7.31

Nombre del paciente: _____

Seguro social (últimos 4 dígitos): _____ Fecha de nacimiento: _____

Entidad a la que se le solicita entregar la información:

Objetivo de la solicitud (quién está autorizado para recibir información) - Autorizo a la entidad anterior a divulgar o brindar información médica protegida sobre mí a la persona o personas que aparecen a continuación.

Quién estará autorizado para recibir información (indique la persona-entidad que recibirá su PHI):

Nombre de la persona/entidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Descripción de la información a divulgar - Autorizo al consultorio a divulgar la siguiente información médica protegida sobre mí a la entidad, persona o personas identificadas anteriormente:

- Todo el registro del paciente; o, marcar solo los puntos del registro a divulgar:
notas de consultorio registros de asilo, atención médica domiciliaria, hospicio u otros registros del médico;
resultados de análisis, informes de patología registro de VIH u otra prueba de enfermedad contagiosa
radiografías; registro de tratamiento por abuso de sustancias o salud mental
informe de historial financiero Solo enviar lo siguiente: _____
(solo 3 años previos).

Objetivo de la divulgación (registre el objetivo de la divulgación o marque solicitud del paciente):

Solicitud del paciente Otro (especificar): _____

- Esta autorización vencerá al final del año calendario de su última firma a continuación, a menos que especifique una finalización anticipada. Deberá renovar o presentar una nueva autorización después de la fecha de vencimiento para continuar la vigencia de la autorización. Indique la fecha de vencimiento si es anterior al final del año calendario: _____
Usted tiene derecho a finalizar esta autorización en cualquier momento al presentar una solicitud por escrito a nuestro Gerente de privacidad. La finalización de esta autorización entrará en vigencia con previo aviso por escrito, excepto si ya se hizo una divulgación basada en autorización previa.
El consultorio no impone condiciones para firmar esta autorización sobre el suministro de tratamiento o atención médica.
No tenemos control sobre las personas que usted ha indicado para recibir su información médica protegida. Por lo tanto, su información médica protegida divulgada en virtud de esta autorización tal vez deje de estar protegida por los requisitos de la Norma de privacidad y ya no será responsabilidad del consultorio.

Firma del paciente o representante

Fecha

Tiene derecho a recibir copia de las autorizaciones firmadas a pedido.