

Liberación de información médica

WOODROME MEDICAL PA
Teléfono: 936-327-9944

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Correo electrónico	

AUTORIZO LO SIGUIENTE PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DEL PACIENTE:

Ubicación de Woodrome Medical PA

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Correo electrónico	

QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Nombre de la persona/organización

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Correo electrónico	

La información médica que se puede divulgar según esta autorización es la siguiente:

Desde la fecha de servicio	Hasta
☐ Todos los registros médicos	☐ Laboratorio
☐ Radiología	☐ Notas de consulta

Sus iniciales son requeridas para autorizar la divulgación de la siguiente información:

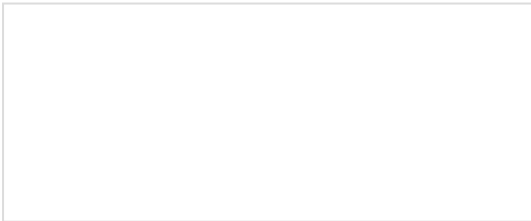
- Pruebas/tratamiento de VIH/SIDA
- Registros de drogas, alcohol y abuso de sustancias
- Información genética (incluyendo resultados de pruebas genéticas)
- Registros de salud mental (excluyendo notas de consejería)

PERÍODO DE VIGENCIA: Esta autorización es válida hasta la primera de las siguientes fechas: la ocurrencia de la muerte del individuo, el individuo alcance la mayoría de edad, o se retire el permiso; o la siguiente fecha específica (opcional):

DERECHO A REVOCAR: Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento entregando un aviso por escrito que indique mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización mencionada en "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA". Entiendo que las acciones previas realizadas basadas en esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información médica no se verán afectadas.

AUTORIZACIÓN DE FIRMA: He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información según se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de información médica que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por ley sin mi autorización o permiso específico, incluyendo divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(g)(1). Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede ser redistribuida por el destinatario y puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Firma del individuo o del representante legalmente autorizado del individuo



Solicitud por correo electrónico a: medicalrecords@wd-fm.com