

Autorización para divulgar información de salud protegida
A Texas Diabetes & Endocrinology, P.A.

Texas Diabetes & Endocrinology está autorizado por mí para obtener o divulgar mi información de salud protegida para un propósito (descrito en este documento) que no sea tratamiento, pago u operaciones de atención médica. He leído esta autorización y entiendo qué información se usará o divulgará, quién puede usar y divulgar la información, y los destinatarios de esa información. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios pueden no estar condicionados a que firme esta autorización.

Autorizo específicamente a Texas Diabetes & Endocrinology y / o la entidad especificada para obtener o divulgar mi información de salud protegida como se describe en este formulario a los destinatarios enumerados a continuación. Entiendo que cuando la información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las regulaciones de privacidad estatales o federales. Además, entiendo que me reservo el derecho de revocar esta autorización, si se realiza de acuerdo con los pasos establecidos a continuación.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección del paciente: _____ Teléfono: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono alternativo: _____

Se puede divulgar información a:

Texas Diabetes & Endocrinology / Dr.
Practica medica / Doctor

ATENCIÓN: REGISTROS MÉDICOS

110 Deer Ridge Drive, Round Rock, TX 78681
Dirección, ciudad, estado, código postal

(512)458-8400, option 5 (512)372-1074
Teléfono Fax

Se puede divulgar información de:

Practica medica / Doctor

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono Fax

Libere la siguiente información (marque todas las que correspondan):

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lista de problemas | <input type="checkbox"/> Informes de imágenes | <input type="checkbox"/> Salud mental | <input type="checkbox"/> Expedientes externos |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Imágenes de ultrasonido (en CD) | <input type="checkbox"/> Droga / alcohol | <input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Pruebas de HIV/AIDS | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros informes de diagnóstico (especificar): _____ | | | _____ |

Esta información es necesaria para el siguiente propósito:

- Atención continua al paciente Uso personal Abogado / Legal Seguro
- Otra (especificar): _____

1. Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información sobre enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS) o virus de inmunodeficiencia humana (HIV). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual, y tratamiento por abuso de alcohol y drogas.
2. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Me puedo negar a firmar esta autorización. No necesito firmar esto para asegurar el tratamiento. Entiendo que, con ciertas excepciones, puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
3. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la información divulgada a Texas Diabetes & Endocrinology puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no puede estar protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente indefinidamente a menos que se indique lo contrario _____ (Fecha de vencimiento), excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización, mediante notificación por escrito a:

Misha Diden
6500 N Mopac, Bldg 3, Ste 200
Austin, TX 78731

Firma del paciente o representante legal del paciente

Fecha

Nombre impreso del representante legal del paciente (si corresponde)

Relación con el paciente

FOR OFFICE USE ONLY:

- Authorization added to the patient's medical record on: _____.
- Patient has been provided with a copy of the signed authorization.