



Midland Plastic Surgery Center PA
701 N Tradewinds Blvd, Suite B
Midland, TX 79706
Oficina: 432-618-6772
Fax: 432-618-6775

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Motivo de la Solicitud: Continucción de Cuidado Personal Legal Seguro
(por favor, marque)

Autorizo la divulgación a: _____ Teléfono: () _____

Nombre/Instalación: _____ Número de Fax: () _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Rango de Fecha del Servicio : Desde: _____ Hasta: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de Facturación | <input type="checkbox"/> Historial y Físico |
| <input type="checkbox"/> Notas de Clínica/Progreso | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Completo (Todos los registros, notas, hojas de flujo, etc.) | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe de la Sala de Emergencia o Notas Operatorias | _____ |

1. Las solicitudes se procesarán dentro de los 15 días hábiles de su recibo.
2. Autorizo la divulgación de mi historial médico, incluyendo fotografías.
3. Esta autorización es voluntaria, y la divulgación se realiza a petición mía.
4. Si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o proveedor de atención médica, la información divulgada puede ya no estar protegida por regulaciones federales de privacidad.
5. Se autorizan múltiples solicitudes si el propósito de la solicitud permanece igual.
6. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación escrita al departamento que he autorizado para liberar la información. Cualquier revocación no aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización.
7. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento de atención médica. Solicito que esta autorización expire en _____ o 180 días desde la fecha firmada abajo y cubre solo el tratamiento para las fechas especificadas arriba. También estoy consciente de que pueden aplicar tarifas, detalladas abajo, por servicios de copia.

NOTA: Las tarifas/cargos cumplirán con todas las leyes y regulaciones aplicables a la divulgación de información. Las tarifas estándar de copiado son las siguientes: \$25.00 por las primeras 20 páginas de los registros médicos y \$0.50 por cada página adicional. Adicionalmente, un conjunto inicial de películas radiológicas/CD-ROM puede ser proporcionado sin costo alguno para el paciente por derivación de un médico o instalación. Sin embargo, se cobrará una tarifa de \$5.00 por hoja de película y \$7.00 por CD-ROM para copias adicionales.

ADVERTENCIA IMPORTANTE: Los documentos que acompañan este mensaje están destinados para el uso de la persona o entidad a la cual este mensaje está dirigido. Estos documentos pueden contener información que es privilegiada y confidencial, cuya divulgación está gobernada por la ley aplicable. La re-divulgación no autorizada o el fallo en mantener la confidencialidad podrían sujetarlo a penas descritas en leyes Federales y Estatales. Si usted es el empleado o agente responsable de entregar esta información al destinatario previsto, por la presente se le notifica que cualquier diseminación, distribución o copiado de esta información está **ESTRICTAMENTE PROHIBIDO**.

Firma del Paciente

Fecha