

## Autorización de divulgación de expedientes médicos

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE (en letra de imprenta )</b>				
Nombre del paciente			Fecha de nacimiento / /	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
<b>AUTORIZACIÓN DE: Nombre del centro que entrega la información</b>				
Autorizo al personal de RediClinic, RediClinic, LLC 9 Greenway Plaza, Suite 2950, HOUSTON TX 77046, la divulgación de mis expedientes médicos.				
<b>AUTORIZACIÓN PARA: Nombre del paciente médico o centro que recibe la información.</b>				
Entreguen mis expedientes médicos: Por correo [ ] Por fax [ ]				
A mí / al médico / al centro (nombre del destinatario)				Teléfono
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Fax
<b>DATOS DE DIVULGACIÓN</b>				
Motivo: [ ] Cambio de compañía aseguradora		[ ] Traslado de la atención médica		[ ] A petición del paciente
[ ] Mudanza a otro distrito		[ ] Consulta a especialista		[ ] Fines legales
Entreguen lo siguiente ( <i>Marque todos los puntos que correspondan y proporcione las fechas de los servicios</i> ).				
Formulario de resumen para el cliente: [ ]		/ /	Informe del laboratorio: [ ]	/ /
Otro (describa): [ ]				/ /
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; La información incompleta puede retrasar el procesamiento.</li> <li>&gt; Se prohíbe el uso de esta información para cualquier otro fin que no sea el aquí señalado.</li> <li>&gt; Esta información es para uso exclusivo del destinatario designado.</li> </ul>				
<b>AUTORIZACIÓN</b>				
Autorizo la divulgación de toda la información indicada y estoy consciente de que los expedientes divulgados pueden contener información relacionada con pruebas psiquiátricas o psicológicas, abuso físico o consumo de drogas y alcohol. Entiendo que, en la medida en que cualquier destinatario de esta información no sea una "entidad cubierta" conforme a las leyes estatales o federales, la información puede quedar desprotegida una vez que le sea dada a conocer al destinatario, y que dicho destinatario puede divulgarla nuevamente.				
			SÍ	NO
Autorizo la divulgación de mi diagnóstico de VIH/VLTH/Sida				
Firma del paciente, padre/madre, tutor, apoderado, médico o representante del paciente. (encierre en un círculo)			Fecha / /	
Nombre en letra de imprenta			Fecha / /	
Testigo			Fecha / /	
<b>EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO</b>				
Remitido por			Fecha de remisión	Núm. de clínica
Firma	Nombre en letra de imprenta		/ /	

Nota: Esta autorización es válida por 90 días. El signatario puede revocarla en cualquier momento mediante la entrega de una petición por escrito al funcionario de privacidad de RediClinic: RediClinic Privacy Officer, 9 Greenway Plaza, Suite 2950, Houston, TX 77046. La revocación se hará efectiva a partir de la fecha de recepción de la misma, salvo en la medida en que RediClinic ya haya ejercido la autorización.