Autorización para Divulgación de Información Medica

Esta información cumple con las reglas de privacidad de HIPPA

Información del Paciente

(Usar Letra de Molde)

Nombre del Paciente: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código:_____ Nacimiento:_____

Seguro Social#: _____

Por este medio autorizo a: _____

Por favor divulgar la siguiente información de salud a:

TRISTAR RISK MANAGEMENT
P.O. Box 60072
Corpus Christi, Texas 78466

Por favor indique la información o tipos de información a divulgarse:

TODOS LOS ARCHIVOS MEDICOS

Este pedido es con el propósito de obtener parte o todo el historial médico.

Entiendo que tengo el derecho de *revocar* esta autorización en cualquier momento. Entiendo que esta revocación debe ser por escrito y entregada al *funcionario* de privacidad de la empresa antes mencionada, quien tiene la autorización de divulgacion. Entiendo que la revocación no es aplicable a la información que ya fue divulgada en acuerdo con esta autorización.

Entiendo que cualquier divulgación de información puede estar sujeta a re-divulgacion por el recipiente y puede no estar protegida por leyes federales o estatales. Entiendo que debo firmar esta autorización para asegurar el procedimiento. Entiendo que puedo inspeccionar y/o copiar la información a divulgarse. Entiendo que la autorización de divulgación es voluntaria. Entiendo que si tengo preguntas sobre la divulgación de la información de salud, puedo contactar al *funcionario* de privacidad de la empresa antes mencionada que está autorizada para divulgar la información y requerir una copia de esta autorización.

Entiendo que mi archivo médico puede incluir información relacionada al tratamiento de abuso de drogas y alcohol, enfermedades mentales, síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA), inmuno deficiencia humana (VIH), enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis o enfermedades genéticas.

SI UD. DESEA QUE ESTA INFORMACION NO SEA DIVULGADA, POR FAVOR INICIALICE; NO DIVULGAR _____.

_____ _____
Firma del Paciente or Representante Autorizado Fecha

_____ _____
Descripción de la Autoridad del Representante Firma de Testigo (requerida).

_____

Esta Divulgacion de HIPPA sevence en: _____.