

## Autorización para el uso o divulgación de información de registros médicos

### Datos del Paciente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de servicio: \_\_\_\_\_

### Divulgar información a:

Por la presente autorizo a Westlake Dermatology a divulgar la información de mi registro médico a:

Nombre/Instalación: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

### Preferencia de entrega (marque uno):

Enviar copias por correo a la dirección indicada anteriormente

Mantener para recoger al paciente

Correo seguro: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Discuta la información médica con: \_\_\_\_\_

### Información que se publicará (marque uno):

Notas de evolución

Notas de laboratorio

Informes de patología

Todos los registros

Otros (especifique los registros necesarios): \_\_\_\_\_

**Propósito de Necesidad o Divulgación (marque uno):** *El Artículo 449b, Sección 5.08 (j) de los Estatutos Civiles Revisados de Texas requiere que una autorización para la divulgación de registros médicos incluya "el motivo o propósito de la divulgación".*

Continuación de atención al cliente

Reclamación/solicitud de seguro

Abogado/legal

Cambio de médico/reubicación

Otros: \_\_\_\_\_

Uso personal

*Entiendo que la información divulgada es para el propósito específico indicado anteriormente. Entiendo que mi historial médico puede contener informes, resultados de pruebas y notas que solo un médico puede interpretar. Entiendo y se me ha informado que debo comunicarme con mi médico con respecto a las entradas realizadas en mi registro médico para evitar mi malentendido de la información contenida en estas entradas. No responsabilizaré a ningún empleado de Westlake Dermatology por cualquier interpretación errónea de la información en mi registro médico como resultado de no consultar a mi médico para la interpretación correcta. Además, entiendo que puedo revocar este consentimiento (por escrito) en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas. Este consentimiento caducará 90 días después de la fecha de mi firma.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (uno mismo, padre, cónyuge)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envíe por fax el formulario completo al (512) 615-3184 o por correo al 8825 Bee Caves Road Austin, TX 78746, a la atención de: Registros médicos. Si tiene alguna pregunta con respecto a esta solicitud, llame al (512) 615-3184.**

**Solo para uso interno.** Iniciales del personal: \_\_\_\_\_ Fecha/hora manejada: \_\_\_\_\_ Medios de transmisión: \_\_\_\_\_