

Complex Care Medical Services
AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA PRIVADA

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA:
FECHA DE NACIMIENTO:	NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO:

Yo, _____, certifico que soy el paciente o su representante legalmente autorizado, y por este medio autorizo a Complex Care Medical Services a divulgar la siguiente información médica privada:

- Expediente de vacunación
- Resultados de laboratorio
- Expediente clínico:
 - Solamente información relacionada con (especifique): _____
 - Solamente los comentarios de consultas fechados del: _____ al _____
 - Expediente clínico completo
- Otro _____

Entiendo que el propósito(s) de la divulgación que se solicita es (son):

- A petición del paciente o su representante legalmente autorizado
- Otro _____

<p><u>Esta información se puede divulgar a:</u></p> <p>Nombre de la persona u organización _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad/Estado/Código postal _____</p> <p>Número telefónico _____ Número de fax _____</p>
--

Entiendo que los expedientes divulgados pueden incluir información relacionada con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o acerca de tratamiento o antecedentes de alcoholismo o drogadicción; atención por problemas mentales, de comportamiento o psiquiátricos.

Entiendo que Complex Care Medical Services no podrá condicionar el tratamiento por que yo haya llenado este formulario de autorización.

Además entiendo que esta información médica ya no estará protegida por las leyes de privacidad federales y estatales una vez que se haya divulgado y, por lo tanto, puede estar sujeta a divulgación por parte de quien la reciba.

Esta solicitud vencerá al cabo de 180 días, excepto cuando se haya revocado antes. Puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento (excepto en la medida en que ya se haya llevado a cabo alguna acción apoyada en ésta) si envío un aviso por escrito al: Privacy Officer, Children's Medical Center, 1935 Medical District Drive, Dallas, Texas 75235, o enviando por fax el aviso al: Privacy Officer al 214-456-5299.

Firma del padre, la madre o el tutor legal Nombre con letra de molde del padre, la madre o el tutor legal

Parentesco con el paciente Fecha