

# Complex Care Medical Services

## SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PRIVADA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Yo, como paciente o su representante legalmente autorizado, solicito que se divulgue la siguiente información médica privada (expediente clínico) con fines de tratamiento:

Todo el expediente clínico del paciente indicado arriba

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

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 esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla.

### Divulgación de expediente de:

Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Ciudad/Estado/Código postal:	Ciudad/Estado/Código postal:
Número telefónico:	Número telefónico:
Número de fax:	Número de fax:
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Ciudad/Estado/Código postal:	Ciudad/Estado/Código postal:
Número telefónico:	Número telefónico:
Número de fax:	Número de fax:

-----

### Favor de enviar el expediente a:

### Complex Care Medical Services

PO BOX 561592

Dallas, Texas 75356

Phone: 469-488-7200

Fax: 469-488-7201

Entiendo que las leyes y normativas federales no exigen autorización para la divulgación de información médica protegida con fines de tratamiento. El objetivo de este formulario es proporcionar un medio de comunicación formal por escrito para solicitar información médica protegida entre proveedores de servicios de salud. Esta solicitud vencerá al cabo de 1 year, excepto cuando se haya revocado antes.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre o el tutor le

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

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha