

Autorización para la divulgación de información médica.

Aviso de Privacidad: La información en este formulario junto con cualquier archivo adjunto es propiedad de Texas A&M Health (TAMH). La ley estatal requiere que se le informe que tiene derecho a: (1) solicitar notificación de la información recopilada sobre usted mediante el uso de este formulario (con algunas excepciones según lo dispuesto por la ley); (2) recibir y revisar esa información; y (3) que se corrija la información sin cargo para usted.

Instrucciones: Tenga en cuenta que cada sección de este formulario debe completarse en su totalidad. No especificar (incluidas las fechas) retrasará el procesamiento de su solicitud. Permita 14 días hábiles para el procesamiento. correo electrónico completado para: tamh-records@tamu.edu

PACIENTE	Paciente Apellido	Nombre de Pila	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
ENVIADO DESDE	Nombre/Organizacion		Correo Electronico	el Telefono
	La Direc	Ciudad, Estado	Fax	
La Informacion puede: ☐ Mailed ☐ Faxed ☐ Phoned ☐ Emailed ☐ Recogido por: _____				
LANZADO A	Nombre/La Organizacion		Correo Electronico	el Telefono
	La Direccion	Ciudad, Estado	Fax	
PROPOSITO	Registros que se publicaran para el siguiente proposito(s): (seleccione todas que correspondan)			
	☐ Atencion medica ☐ Personal ☐ Otro(especificar): _____ ☐ El seguro ☐ Legal/Abogado			
INFORMACION PARA LIBERAR	Indicate types of records to be released : (Select all that apply)			
	☐ Registro completo Historial de Citas Informes de radiologia Resumen de la tabla Notas de progreso Imagenes de radiologia Inmunizacions Informes de laboratorio Operative Reports Otro (especificar): _____			
PACIENTE/ PADRE/ GUARDIAN LEGAL AUTORIZACION	A menos que se revoque lo contrario, la autorización vencerá 60 días después de la fecha en que se firma o, si se especifica, en la siguiente fecha: _____. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento. Para revocar la Autorización, el individuo / padre / tutor legal debe presentar una solicitud de revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos a la dirección que figura a continuación.			
	Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a Texas A&M Health (TAMH) a usar y/o divulgar información de mi (o proporcionada a continuación) relación) registro médico o financiero como se especifica anteriormente. Esta autorización incluye el uso y/o divulgación de información con respecto a las pruebas de VIH, cualquier abuso de drogas o alcohol, condiciones relacionadas con las drogas, alcoholismo y/o condiciones de salud mental para el entidad(es) mencionada(s) arriba. Acepto no responsabilizar a TAMH, sus empleados, agentes, funcionarios, miembros, estudiantes y participantes proveedores de atención médica responsables de la pérdida, el robo o el extravío de información médica que no se puede reproducir. I Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte de las partes que reciben mi información y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales. Entiendo que el método en el que tengo elegido (arriba) para que mi información sea divulgada puede o no ser segura			
	empleados, agentes, funcionarios, miembros, estudiantes y proveedores de atención médica participantes por la pérdida, el robo o el extravío de información médica que no se pueda reproducir.			
	Firma de la paciente: _____ fecha: _____ Al firmar lo siguiente, verifico que tengo los derechos legales para obtener la informacion medica solicitada para el paciente mencionado anteriormente Signature: _____ fecha: _____ Parent/Legal Guardian/Spouse/Patient Representative			
	Solicitud completada por: (Nombre impreso)		Firma	fecha/hora
	Publicado por: (nombre impreso)		Firma	fecha/hora
	testigo (If released via telephone)		Firma	fecha/hora