



Clínica Kelsey-Seybold

Autorización para divulgar información médica

*Nombre del paciente: _____ *Domicilio: _____
 *Fecha de nacimiento: _____
 *Teléfono: _____ *Correo electrónico: _____

Por la presente autorizo la **transferencia/recepción** de la siguiente información médica:

*Divulgar a: _____ *Obtener de: _____
 *Teléfono: _____ *Teléfono: _____
 *Fax: _____ *Fax: _____

*Fecha(s) de servicio: _____ a _____

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Expediente completo | <input type="checkbox"/> Registro de vacunación | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología e informes
(favor de especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución | <input type="checkbox"/> Informes de patología | |
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Imágenes de senos e informes
(incluyendo mamografía, ultrasonido
de seno, IRM y biopsia) |
| <input type="checkbox"/> Informes de cirugías | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar) _____ | | |

*Propósito de divulgación: Continuidad de la atención Legal Uso personal Financiero/Beneficios
 Otro (favor de especificar) _____

Se necesita URGENTE Si la casilla está marcada, SE REQUIERE UNA RAZÓN: _____

Nombre del proveedor médico que la solicita: _____

Para Expediente Médico

- Enviar correo electrónico encriptado con expedientes a:
ROI@Kelsey-Seybold.com
- Línea de fax segura: 713-442-2804
- Por correo postal a: Kelsey-Seybold Clinic
Record Department
560 Meyerland Plaza Mall
Meyerland, Texas 77096

Solo para Radiología

- Enviar correo electrónico encriptado con expedientes a:
RadiologyROI@Kelsey-Seybold.com
- Línea de fax segura: 713-442-1175
- Por correo postal a: Kelsey-Seybold Clinic
Radiology Department
2727 West Holcombe Blvd.
Houston, Texas 77025

Los siguientes datos son información protegida por ley y requieren su consentimiento especial por ley.

Marque la casilla de los datos a incluir en esta solicitud:

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo y drogadicción | <input type="checkbox"/> Información genética | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Salud mental y del comportamiento | <input type="checkbox"/> Salud reproductiva | |

Entiendo que esta Autorización puede revocarse en cualquier momento a menos que la divulgación realizada de buena fe ya haya ocurrido, basándose en esta Autorización. La revocación debe hacerse por escrito y entregarse al Departamento de Registros Médicos de Kelsey-Seybold (Medical Record Department). Se entiende además que la información divulgada es para el propósito específico indicado anteriormente y no puede ser proporcionada en su totalidad o en parte a cualquier otra agencia, organización o persona. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y podría dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales y estatales.

ESTE AUTORIZACIÓN VENCERÁ UN AÑO DESPUÉS DE LA FECHA EN QUE SE FIRME

*Firma del paciente

*Nombre en letra de molde

*Fecha

Firma del representante del paciente

Nombre del representante en letra de molde

Fecha