



Clínica Kelsey-Seybold

Autorización para divulgar información médica

Nombre del paciente: _____ Domicilio: _____
Fecha de nacimiento: _____
Teléfono: _____

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) _____

☐ **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 180 DÍAS 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