



# 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** \_\_\_\_\_

Expediente completo

Registro de vacunación

Notas de evolución

Informes de radiografías

Historial y examen físico

Resumen del alta

Informes de consultas

Informes de laboratorio

Informes de cirugías

Otro (por favor especifique)

**Propósito de divulgación:**  Continuidad de la atención  Legal  Uso personal  Financiero/Beneficios

Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

### Método de registrar solicitud en la Clínica Kelsey-Seybold

- *Enviar correo electrónico encriptado con registros a:* ROI@Kelsey-Seybold.com
- *Línea de fax segura:* 713-442-2804
- *Enviar registros por correo a:* Kelsey-Seybold Clinic

Medical Records Department

560 Meyerland Plaza Mall

Meyerland, Texas 77096

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:

Alcoholismo y drogadicción

Información genética

VIH/SIDA

Salud mental y del comportamiento

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