



**Formulario de Divulgación de Registros Médicos**  
**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA**

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b> <i>(letra de molde)</i>	
Nombre del Paciente:	Nombre de Soltero:
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:
Teléfono:	Correo electrónico:

<b>MI AUTORIZACIÓN</b>	
<b>Voluntariamente consiento y autorizo a Hope Health a:</b> <i>Marque uno:</i> <input type="checkbox"/> <b>Divulgar mi información de atención médica a</b> <input type="checkbox"/> <b>Obtener mi información de atención médica de</b> <i>(Nota: si el paciente solicita una copia de sus propios registros médicos, marque "Divulgar información de atención médica a" y escriba la información personal del paciente a continuación)</i>	
Nombre o Organización:	Teléfono:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código postal:

<b>PROPÓSITO - autorizo la divulgación de mi información de salud para el siguiente propósito:</b>
<hr/> <i>(Nota: "a pedido del paciente" es suficiente si el paciente inicia esta Autorización)</i>

<b>INFORMACIÓN A SER DIVULGADA</b>
<input type="checkbox"/> <b>Toda mi información de salud que el proveedor tenga en su poder, incluida la información relacionada</b>
<input type="checkbox"/> <b>Registros Dentales:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Únicamente los siguientes registros o tipos de información de salud:</b> <hr/>

<b>PLAZO: Entiendo que esta autorización permanecerá vigente:</b>
<input type="checkbox"/> <b>A partir de la fecha de esta Autorización hasta el día _____ de _____ de 20_____</b>
<input type="checkbox"/> <b>Hasta que el Proveedor cumpla con esta solicitud</b>
<input type="checkbox"/> <b>Hasta que ocurra el siguiente evento: _____</b>

## REDIVULGACIÓN

Entiendo que Hope Health no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar mi información de salud a un tercero. Es posible que no se requiera que el tercero cumpla con esta Autorización o las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

## RECHAZO A FIRMAR/DERECHO A REVOCAR:

Entiendo que firmar este formulario es voluntario y que si no lo hago, no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en Hope Health. Si cambio de opinión, entiendo que puedo revocar esta autorización proporcionando un aviso de revocación por escrito al Funcionario de Cumplimiento de Hope Health en la dirección que se indica a continuación. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que Hope Health reciba mi notificación por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada por Hope Health en virtud de esta Autorización antes de recibir mi notificación por escrito de revocación.

## PREGUNTAS

Puedo comunicarme con Hope Health para obtener respuestas a mis preguntas sobre la privacidad de mi información de salud por teléfono al **(972) 923-2440**, correo electrónico a **info@hopehealthtx.org** o en persona a la dirección que figura al final de este documento.

## AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS

Enfermedades de transmisión sexual (ETS) según lo define la ley, incluye Herpes, Herpes Simple, Virus del Papiloma Humano, Verruga, Verruga genital, Condiloma, Clamidia, Uretritis No Específica, Sífilis, VDRL, Chancroide, Linfogranuloma Venéreo, VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) , SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y Gonorrea.

**Sí**  **No** Yo autorizo la divulgación de mis resultados de ETS, VIH/SIDA, ya sea negativo o positivo, a la(s) persona (s) listados arriba. Entiendo que se notificará a la(s) persona(s) mencionada(s) arriba que debo dar información específica por escrito permiso antes de divulgar los resultados de estas pruebas a cualquier persona

**Sí**  **No** Yo autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con el tratamiento de drogas, alcohol o salud mental al persona(s) mencionada(s) arriba

## TARIFA

Si los registros médicos se entregan directamente al paciente, se aplica un cargo de \$15.00 por las primeras 20 páginas y \$0.25 por cada página adicional.

## FIRMAS REQUERIDAS

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si el paciente no puede firmar esta autorización, complete la siguiente información:**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la tutoro (a) / Representante

\_\_\_\_\_  
Relación Legal

\_\_\_\_\_  
Firma

### Solo para uso interno

*Esta sección debe ser completada por el empleado de Hope Health que verifica la identidad del paciente, tutor o representante que firma este formulario.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha