



**Autorización para la Divulgación de Registros Medicos**

**PARA SOLICITAR LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA POR FAVOR COMPLETE Y FIRME ABAJO.**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo voluntariamente la divulgación de información de mi registro de salud.  
*(Nombre del Paciente)*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Registro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

**Información Requerida:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Proposito de la Liberación:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**La información va ser proporcionada a:**

Nombre de la persona / organización / clínica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

1. Entiendo que esta autorización caducará el (insertar fecha)\_\_\_\_\_.
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización (excepto en la medida en que ya se tomaron medidas en relación con esta autorización firmada) en cualquier momento mediante notificación (escriba el nombre de la clínica) por escrito.
3. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi rechazo no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para los beneficios (si corresponde).
4. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada o divulgada bajo este acuerdo.
5. Entiendo que si la persona u organización que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser divulgada nuevamente y ya no estará protegida por estas regulaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**TIENE EL DERECHO DE RECIBIR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO**  
**Bajo HIPAA con la solicitud por escrito de los pacientes,**  
**los registros se deben proporcionar dentro de los 30 días de la solicitud.**  
**Conforme a la solicitud por escrito de los pacientes, conforme a la Ley de la Cámara 300 de Texas,**  
**los registros deben proporcionarse dentro de los 15 días posteriores a la solicitud.**