

PLANILLA DE PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Fax: 833-938-5463

Al firmar esta planilla, autorizo a **KIND CLINIC** a suministrar/obtener información médica confidencial sobre mí, a suministrar/recibir una copia de mis registros médicos, un resumen o una narración de mi información médica protegida al médico/persona/centro/entidades mostradas a continuación.

Nombre del cliente (Imprenta)

Fecha de nacimiento del Paciente

Por favor, divulgue la siguiente información, marcada con una "X":

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historial Médico Completo | <input type="checkbox"/> Historia y Exámen Físico | <input type="checkbox"/> Informes de Patología | <input type="checkbox"/> Trabajo Social/Notas del Administrador |
| <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Registros Hospitalarios | <input type="checkbox"/> Registros Farmacológicos | <input type="checkbox"/> Necesidades Especiales/ Dudas |
| <input type="checkbox"/> Informes Quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Notas Evolutivas | <input type="checkbox"/> Registros de Tratamiento | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Registros de Alergias | <input type="checkbox"/> Notas de Enfermería | <input type="checkbox"/> Plan de Atención | |

- Yo autorizo a **KIND CLINIC** a **SUMINISTRAR** mi información sanitaria protegida al siguiente médico/persona/centro/entidad mostrada a continuación:
- Yo autorizo a **KIND CLINIC** a **OBTENER** mi información sanitaria protegida al siguiente médico/persona/centro/entidad mostrada a continuación:

- Auto/Tutor Legal** (solo para fines de la divulgación) **Médico/Persona/Centro/Entidad** (Por Favor, Complete La Información A Continuación)

Nombre/Médico/Centro/Entidad

Número de Teléfono

Número de Fax

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Por favor, suministre mi información médica a través de: Correo Fax Será recogida Verbal/Teléfono

Cliente o el representante del cliente debe leer las instrucciones a continuación:

Yo, el cliente o tutor legal abajo firmante, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento de forma escrita u oral, exceptuando la información ya suministrada y que en cualquier evento esta autorización expirará en seis meses a partir del momento que es firmada a menos que se indique lo contrario (De lo contrario indicado fecha _____) Entiendo que la revocación de esta divulgación puede resultar en que ya no sea elegible para recibir Servicios en Kind Clinic. Al expirar, Kind Clinic ya no puede usar o revelar mi información para los propósitos anteriormente mencionados sin una nueva autorización. Yo, entiendo que la información anterior puede incluir registros/reportes de parte de otros proveedores de atención sanitaria involucrados en mi cuidado y tratamiento.

He leído esta autorización y entiendo que información será usada o revelada, quién podría usar o revelar la información y el destinatario(s) de dicha información. Yo, entiendo que la información solicitada anteriormente puede incluir resultados de enfermedades de transmisión sexual y prueba de SIDA/VIH en caso de que alguna haya sido realizada. Adicionalmente, Yo, entiendo que cualquier información solicitada arriba puede incluir los resultados de abuso de alcohol/sustancias y/o diagnóstico y tratamiento de trastornos psicológicos. Yo, entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en esta planilla, en caso de yo solicitarla, y que obtendré una copia de esta planilla si es solicitada.

Nombre del cliente (Imprenta)

Firma del Cliente

Fecha

Nombre del Padre/Tutor Legal (Imprenta)

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

SOLO PARA USO EN LA OFICINA:

Información Médica Suministrada A Través De

Fecha/Hora Completada

Iniciales

A LA PARTE QUE RECIBE ESTA INFORMACIÓN: Esta información está siendo revelada a usted de registros donde la confidencialidad puede estar protegida por las leyes federales y/o estatales. De ser así, las regulaciones 42 CFR, Parte 2, y el Código de Seguridad y Salud de Texas §85.115 prohíbe la divulgación sin un consentimiento específico por escrito de la persona a quién pertenece, o según lo permita dicha regulación.