



GEORGETOWN MEDICAL CLINIC

3201 S AUSTIN AVE STE 210 ★ GEORGETOWN TEXAS 78626

AUTORIZACION DE ENTREGA DE INFORMATION DE CUIDADO DE SALUD

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo: _____

Telefono#: (____) _____ Seguro Social #: _____ (Opcional) Fecha de Visita: _____

Yo, aqui por la presente requiero y autorizo mis documentos medicos:

Para Entregar: Georgetown Medical Clinic De: _____

3201 South Austin Ave, Suite 210

Georgetown Medical Clinic

Esta autorizacion es aplicada a todos los reportes que estan chequiados :

- | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| í Historial | í Examinacion Fisica | í Notas de Progreso |
| í Planes de Cuidado | í Electrocardiograma | í Examen de Ejercicio de Estress |
| í Medidas de Densitometria de Hueso | í Examen de Sangre | í Examens de Orina |
| í Examen de Funcion Pulmonar | í Accesoramiento de estado fisico | |
| í Questionario para el Accesoramiento de Salud | | |

Proposito de revelacio: (por favor cheque todas las razones de su objetivo)

- | | | |
|--------------------|-----------------------------|---------------------------|
| í Cambio de Dr (a) | í Cambio de Ciudad o Pueblo | í Cambio de Seguro Medico |
| í O Otro _____ | | |

Esta autorizacion es valida por _____(especificado, tiempo hasta un ano) la fecha cuando firmo.

Prohibicion de re-revelar

Yo entiendo y comprendo hasta que extremo cualquier destinatario de esta informacion, como identificada arriba, no es una "entidad cubierta" debajo de la ley Federal Privada de Texas, la informacion no podra se protegida por mucho tiempo por la ley Privada y Federal de Texas. Cuando esta alla sido revelada a la persona destinado(a) o destinatario y por eso mismo, sera sujeta para ser re-revelada por la persona destinada o destinatario. Yo, entiendo que yo puedo rebocar esta autorizacion por escrito a cualquier hora exepcto que El Medico Clinico de Georgetown que ya alla dependido de esta autorizacion.

Yo, entiendo que yo puedo revocar esta autorizacion produciendo al Clinico Medico del Georgetown un requizito por escrito de revocacion declarando mis intenciones de revocar esta autorizacion.

Yo, entiendo que El Clinico Medico del Georgetown no acondicionara tratamiento clinico desques de haber completado esta forma de autorizacion.

Si alguna informacion esta siendo dada directamente a mi, yo entiendo que mi historial medico puede contener reportes, resulutados de examenes y notas que solamente el medico puede interpretar.

Yo entiendo y ya e estado advertido(a) que yo necesito ponerme en contacto con mi doctor(a) con respecto a los cosas escritas en mi historial medico para prevenir malos entendidos con respecto a la informacion que ha estado escrita en mi record medico. No tomare represarias contra la Clinica del Medico del Georgetown.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente (deletreado)

de identificacion

Firma del Testigo

Fecha