

Un solo domicilio postal para todos los centros (no es un domicilio físico):

Memorial Hermann Release of Information
7737 SWF C94, Houston, TX 77074

Autorización para: **Divulgación** **Inspección** **Modificación de Información de salud protegida**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Expediente médico No.
Dirección		Teléfono ()
Por medio del presente autorizo al Sistema de Salud de Memorial Hermann (MHHS) a liberar mis registros de los siguientes centros (marque ÚNICAMENTE los centros que correspondan): HOSPITALES <input type="checkbox"/> Memorial City <input type="checkbox"/> NW/Greater Heights <input type="checkbox"/> Southwest <input type="checkbox"/> Northeast <input type="checkbox"/> Sugar Land 921 Gessner Rd 1635 N. Loop West 7600 Beechnut 18951 Memorial N. 17500 W. Grand Parkway South <input type="checkbox"/> Hermann-TMC <input type="checkbox"/> Katy <input type="checkbox"/> Woodlands <input type="checkbox"/> Southeast <input type="checkbox"/> TIRR 6411 Fannin 23900 Katy Fwy 9250 Pinecroft 11800 Astoria Blvd 1333 Moursund <input type="checkbox"/> OSH 5410 West Loop South CENTROS PARA PACIENTES AMBULATORIOS: <input type="checkbox"/> River Oaks <input type="checkbox"/> Centros de Estudios para Pacientes Ambulatorios <input type="checkbox"/> Medicina del Deporte/Fisioterapia		
DIVULGAR A: Proporcione el nombre, la dirección de la persona o la organización a quien se le divulgará la información: _____ _____ _____		
Teléfono _____ Fax _____		
FECHAS DEL SERVICIO que se divulgará: _____ Especifique las fechas (DEBE COMPLETAR esta línea)		
Para los siguientes fines: <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Legales <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otros (describalos abajo)		
REALIZAR UNA COPIA DE MIS REGISTROS MÉDICOS EN: (Marque una opción) <input type="checkbox"/> PAPEL O BIEN <input type="checkbox"/> Formato electrónico, como un CD		
Seleccione las partes de la Información de Salud Protegida que el MHHS está autorizado a divulgar:		
<input type="checkbox"/> Información abstracta/pertinente <input type="checkbox"/> EXPEDIENTE COMPLETO, INCLUYENDO SOLO PRUEBAS DE VIH <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> EXCLUSIONES <input type="checkbox"/> Sala de emergencias _____ <input type="checkbox"/> Informes radiológicos _____ <input type="checkbox"/> Resumen de admisión/alta hospitalaria _____ <input type="checkbox"/> Notas de evolución del médico _____ <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico _____ <input type="checkbox"/> Estudios del corazón <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas digitales <input type="checkbox"/> Informe de consulta <input type="checkbox"/> Factura desglosada <input type="checkbox"/> Portada <input type="checkbox"/> Códigos de CPT <input type="checkbox"/> Informe de cirugías y procedimientos <input type="checkbox"/> Otra _____		
La presente autorización es válida durante 180 días a partir de la fecha de su firma, a menos de que se estipule lo contrario, pero no deberá exceder de 24 meses, a menos de que sea revocada, y solo cubre los tratamientos administrados en las fechas indicadas arriba.		
Yo, el suscrito, he leído lo anterior y autorizo al personal del Sistema de Salud de Memorial Hermann a divulgar dicha información tal como se describe en este documento. Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto si se ha emprendido alguna acción basada en la misma. Comprendo que cuando se utilice o divulgue esta información conforme a la presente autorización, podría volver a ser divulgada por el receptor y dejar de estar protegida. Por medio del presente documento libero y mantengo a la institución anterior, así como a su matriz, en paz y a salvo de toda responsabilidad, daño y perjuicio que resulte de la divulgación autorizada de mi Información de Salud Protegida.		
Fecha	Firma del paciente o de su padre o tutor	Autoridad o parentesco con el paciente

Toda cuota o cargo deberá cumplir con todas las leyes y reglamentos que sean aplicables a la divulgación de Información de Salud Protegida. Los registros serán divulgados una vez que el centro reciba el pago completo.



Divulgación de Información de Salud Protegida