

**Una dirección postal para todos los centros (no es una dirección física):**

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	No. de expediente medico
---------------------	---------------------	--------------------------

Dirección	Teléfono # (        )
-----------	--------------------------

Por medio del presente autorizo al Sistema de Salud de Memorial Hermann Health System 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 |
| <input type="checkbox"/> Hermann-TMC   | <input type="checkbox"/> Katy               | <input type="checkbox"/> Woodlands | <input type="checkbox"/> Southeast  | <input type="checkbox"/> TIRR       |
| <input type="checkbox"/> MHOSH         | <input type="checkbox"/> Cypress            | <input type="checkbox"/> Pearland  | <input type="checkbox"/> Katy Rehab |                                     |

**CENTROS PARA PACIENTES AMBULATORIOS:**

- |                                     |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> River Oaks | <input type="checkbox"/> Outpatient Imaging Center | <input type="checkbox"/> Sport Medicine/Physical Therapy | <input type="checkbox"/> Medical Group             |
| <input type="checkbox"/> Katy       | <input type="checkbox"/> Convenient Care Center    | <input type="checkbox"/> PhyTex/Mischer Assoc.           | <input type="checkbox"/> Home Health               |
|                                     |  |  | <input type="checkbox"/> Physicians at Sugar Creek |

**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:  Atención médica  Legales  Seguro  Otros (describalos abajo)

**REALIZAR UNA COPIA DE MIS REGISTROS MÉDICOS EN:** (Marque una opción)  PAPEL O BIEN  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"/> <b>EXPEDIENTE COMPLETO, INCLUYENDO SOLO PRUEBAS DE VIH</b> |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio             | <input type="checkbox"/> <b>EXCLUSIONES</b>   |
| <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 cardiacos                    | <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 Health System 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.

AM  
PM

Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_ Nombre en letra imprenta \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

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.



Release of Protected Health Information

