

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"/> 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 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

