

Solicitud de Información Sanitaria Protegida

Solo para Solicitudes Externas a Memorial Hermann

Nombre del Paciente	Fecha de nacimiento	MR#
---------------------	---------------------	-----

Dirección	Teléfono #
-----------	------------

Mediante la presente autorizo a / al _____
Nombre del hospital

A divulgar información de los registros médicos de _____
Nombre del Paciente

Para: _____
Nombre/dirección de la persona/organización a la que se divulga

Fax # _____ Teléfono # _____

Para las fechas de tratamiento: _____
Especifique las fechas - esta línea DEBE completarse

Con el siguiente propósito: Cuidado Médico

Seleccione la documentación

<input type="checkbox"/> Resumen/Información Pertinente <input type="checkbox"/> Análisis de Laboratorio <input type="checkbox"/> Sala de Emergencias <input type="checkbox"/> Imagen/Radiología <input type="checkbox"/> Notas de Enfermería <input type="checkbox"/> Historia clínica y Examen Físico <input type="checkbox"/> Exámenes Cardíacos <input type="checkbox"/> Notas de Progreso del Doctor <input type="checkbox"/> Prescripciones del Doctor <input type="checkbox"/> Hoja Principal <input type="checkbox"/> Informe de procedimiento/operativo	<input type="checkbox"/> Registro completo EXCLUYENDO Pruebas de VIH y Dependencia Química. <input type="checkbox"/> Registro completo INCLUYENDO Pruebas de VIH y Dependencia Química. <input type="checkbox"/> Registro completo INCLUYENDO Solo Pruebas de VIH. <input type="checkbox"/> Registro Completo INCLUYENDO Solo Dependencia Química. <input type="checkbox"/> Otro _____
--	--

Esta autorización es válida hasta el día 180 tras la fecha de su firma, a menos que estipule lo contrario, sin exceder los 24 meses, o a menos que se revoque, y cubre solo los tratamientos para las fechas especificadas anteriormente.

Yo, el abajo firmante, he leído todo lo anterior y autorizo la divulgación de dicha información al Memorial Hermann Health System como se indica en este documento. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto si se han tomado medidas basadas en ello. Entiendo que cuando esta información se utiliza o divulga en conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida. Mediante la presente, eximo y libero al hospital mencionado anteriormente y a su empresa matriz de toda responsabilidad y daños que resulten de la divulgación legal de mi Información de salud protegida.

Firma del paciente o tutor	Nombre impreso	Relación con el paciente	Fecha
----------------------------	----------------	--------------------------	-------

