

Autorizacion para divulgar/obtener Informacion de salud

Atencion: Este es un documento legal. Por favor leer cuidadosamente. Al firmar, usted asegura que entiende y acepta los terminos de este documento. Si alguna seccion es incompleta este documento podria no ser valido.

Nombre del paciente (<i>Nombre, Apellido</i>):	Otros nombres usados:	Fecha de nacimiento (<i>Mes, Dia, Ano</i>):	Numero de telefono: () -
Obtener Informacion de:		Divulgar Informacion a:	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> <i>People's Community Clinic, 2909 N IH-35, Austin, TX 78722 (512) 478-4939 ext. 3004</i> <input type="radio"/> <i>Otra (Especificar institucion/individuo y direccion, incluir telefono/fax).</i> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> <i>People's Community Clinic, 2909 N IH-35, Austin, TX 78722 (512) 478-4939 ext. 3004 Fax (512) 708-1835</i> <input type="radio"/> <i>Otra (Especificar institucion/individuo y direccion, incluir telefono/fax).</i> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Motivo de esta autorizacion			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> <i>Continuidad de Atencion medica</i> <input type="radio"/> <i>Uso personal</i> <input type="radio"/> <i>Otro</i> 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> <i>Abogado/Legal</i> <input type="radio"/> <i>Aseguranza</i> 	
Informacion que debe ser divulgada/obtenida			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> <i>Notas Clinicas</i> <input type="radio"/> <i>Reportes de laboratorio</i> <input type="radio"/> <i>Registros de Vacunas</i> <input type="radio"/> <i>Cuidado prenatal</i> <input type="radio"/> <i>Otros</i> 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> <i>Historial Fisico</i> <input type="radio"/> <i>Exámenes de laboratorio / Rayos X</i> <input type="radio"/> <i>Lista de Problemas</i> <input type="radio"/> <i>Informacion relacionada al SIDA</i> <input type="radio"/> <i>Salud mental, Drogas o Alcoholismo</i> 	

Al firmar este documento, Yo libero a People's Community Clinic, sus empleados, gerentes y profesionales medicos de cualquier responsabilidad legal o obligacion por la liberacion de la informacion senalada. Cualquier uso de esta informacion que no sea para el proposito establecido en este documento es expresamente prohibido sin mi autorizacion por escrito. Yo entiendo que puedo anular esta autorizacion en cualquier momento a excepcion de las acciones que fueron tomadas en buena fe. De otra manera, este documento expirara noventa dias despues de la fecha en que fue firmado.

Quien debe firmar este documento:			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Si el paciente tiene 18 anos o mas, El paciente debe firmar. <input type="radio"/> Si el paciente tiene 18 anos o mas pero no es mentalmente apto para firmar, un representante legal o Agente medico (designado por un poder legal) puede firmar. Por favor, indicar los vinculos de la relacion: _____. <input type="radio"/> Si el paciente tiene 17 anos o es menor, los padres del paciente o el asistente social pueden firmar a menos que exista una excepcion bajo las normas estatales o federales. Por favor indicar el vinculo de la relacion: 			
Firma (requerida)			Fecha de la firma (requerida)
Nombre impreso de la persona que firma (Si no es el paciente)			
Direccion del Paciente			
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Telefono
Firma de Testigo (requerida)			Fecha de la firma (requerida)