**MIDLAND MEMORIAL HOSPITAL – MIDLAND, TEXAS 79701**

**LA AUTORIZACION PARA DECLARAR LOS RECORDS MÉDICOS**

**[ ]  Midland Memorial Hospital** **[ ]  Diagnostic Imaging Associates** **[ ]  Allison Women‘s Imaging**

El Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La(s) Fecha(s) del Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ El Número del Seguro Social\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_­

Yo, el infrascrito, autorizo la declaración de información de esta facilidad especificada arriba de records médicos del paciente mencionado arriba.

La información será declarada a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (el médico, el hospital, el abogado, la compañía de seguros, así mismo, etc.)

La Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ El Estado\_\_\_\_\_\_El Código\_\_\_\_\_\_\_\_

El Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ El Número de Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE SE NECESITA PARA:

[ ]  El Abogado/Legal [ ]  El Cuidado Continuo Médico [ ]  La Compañía de Seguro

[ ]  Uso Personal [ ]  El Seguro Social/Deseabilidad [ ]  Militar

[ ]  Worker’s Compensation [ ]  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LA INFORMACIÓN QUE SE DECLARÁ:

[ ]  El Record de Urgencias [ ]  Las Notas de Progreso [ ]  Laboratorio [ ]  La Historia Médica

[ ]  Las Órdenes del Médico [ ]  Resultados Patológicos [ ]  El Sumario de Descarga[ ]  EKG, EEG, EMG

[ ]  La Radiologías [ ]  Resultados Operativos

[ ]  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo entiendo que mis records son confidencial and no pueden ser declarados sin mi autorización escrita excepto cuando sea permitido por la ley. La información usada o declarada consiguiente de esta autorización puede ser sometida a la rerevelación por el recipiente y no será protegida por la ley. Yo entiendo que la información específica que se declarará pueda incluir, pero no limita a diagnosis, y/o el tratamiento del abuso a drogas o alcohol, enfermedad mental, o enfermedad comunicable incluyendo el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización por escrito excepto a la extensión que la acción haya sido quitada in relación de esta autorización. Yo entiendo que para revocar esta autorización, yo tengo que mandar una petición escrita a Midland Memorial Hospital, Atención: Privacy Officer, 400 Rosalind Redfern Grover Parkway, Midland, Texas 79701 o por fax (432.221.4670). Yo entiendo que tal vez me cobren un costo para retroceder/procesar y por las copias de mi records médicos de acuerdo con la ley ‘Texas Hospital Licensing.’

Yo entiendo que Midland Memorial Hospital no pueda condicionar mi tratamiento, el pago, la matriculación, o la elegibilidad de los beneficios en que pueda yo firmar esta autorización cuando la prohibición en el condicionamiento de las autorizaciones puestas a frente en 45 C.F.R. § 164.508(b)(4) se aplica. Esta autorización se vencerá ciento ochenta (180) días desde la fecha de mi firma solamente que yo autorice revocarla antes de ese tiempo o solamente especificado por fecha, evento, o condición como lo siguiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (El Paciente o El Representante Legalmente Autorizado)

El Número de Contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Relación al Paciente)

MR#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La descripción de autorización para actuar por medio del paciente (adjunte la copia de cualquier documento legal necesario):