

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):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_