Place Patient Label Here

Harris County
Public Health
Building a Healthy Community

Servicios de Información de la Salud
Teléfono: 713-439-6136 Fax: 713-439-1134
AUTHORIZACION PARA REVELAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Nombre
Del Paciente_____ Fecha de Nacimento_____
Apellido Nombre Nombre de soltera

Direccion_____ _____ _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Idenficiacion del Paciente _____
Numbero de Expediente Medico/Numero de Seguro/Numero de Cuenta, etc.

Yo authorize a _____
*Nombre direccion del Medico/Clinica/Hospital/Otras Agencias/Organizaciones que **recibir** la informacion*

Para que revele informacion medica protegida de los expedients medicos del paciente antes mencionado por medio de
☐ **Fax** ☐ **Correo** ☐ **Entrega personal**

A:_____
*Nombre direccion del Medico/Clinica/Hospital/Otras Agencias/Organizaciones que **recibido** la informacion*

Telefono #_____ Fax #_____

Para fines de: ☐ **Continuar Supervision Medico** ☐ **Ingreso a Escuela** ☐ **Seguros**
☐ **Legal** ☐ **Otros:_____**

Tipo de Informacion Medica Potegida que se Revelara

☐ **Vacunas** ☐ **Salud de un Menor** ☐ **WIC/Nutricion** ☐ **Maternidad**
☐ **Tuberculosis** ☐ **Rayos- X** ☐ **Solo Plomo** ☐ **Anticonceptivo** ☐ **Dental**
☐ **Manejo del Caso** ☐ **Solamente Laboratorio** ☐ **Solo HIV(VIH)** ☐ **Otros_____**
☐ **Urgencias** ☐ **Traje Obstetrico** ☐ **Alto Riesgo OB** ☐ **Parto**
☐ **Otros expedients del hospital:_____** ☐ **Otros_____**

*****SEREQUIERE: Fecha (s) de Tratamiento/Fecha (s) de Servicio_____**

Compremdo que la informacion que se indica arriba puede incluir resultados de examines de HIV (Virus de la Inmunidefucuencua Humuna y STD (Enfernedades de Transmision Sexual). Comprendo que de manera voluntaria acepto que se revele esta informacion. Se me informo y comprendo que puedo cancelar esta autorizacion para reveler informacion en cualquier momento y que dicha cancelacion no cambiara o danara mi atención medica actual o futura en el Salud Publica de Harris County. Comprendo que esta autorización es valida durante los 12 meses siguientes a menos que indique una fecha de vencimiento anterior aquí:_____
Fecha de cencimimiento anterior

Comprendo que tengo el derecho de cancelar esta autorizacion por escrito en cualquier momento, excepto hasta donde ya se haya tomado una accion basada en dicha informacion. Comprendo que la informacion medica protegida que se revele en base a esta autorización puede ser revelada a su vez por la persona que la recibio, y es posible que ya no este protegida bajo el cuidado de la persona que la recibio.

_____ _____ _____

Fecha Firma del Paciente/Padre/Tutor Parentesco si no es el Paciente

---

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE HCPHES

Fecha de Revelacion_____ Informacion adicional relacionada con esta solicitud_____

_____

Iniciales del Personal_____

009- 108