

AUTORIZACION PARA SOLTAR INFORMACION PRIVADA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido, Primer, Segundo

Información para ser soltada DE:

Información para ser soltada A:

Nombre de Facilidad _____

Nombre de Facilidad: J. Gabriel Guajardo, M.D., PLLC

Dirección: _____

Dirección: 100B Alton Gloor Blvd. #130

Brownsville, TX 78526

Teléfono: _____

Teléfono: (956) 350-4821

Fax: _____

Fax: (956) 350-6718

El propósito de la Liberación del P:

____ Cuidado Continuo ____ Uso Personal ____ Legal ____ Hospital ____ Incapacidad

____ Notas de Psicoterapia ____ Estatus/Incapacidad Relacionado con Trabajo

La descripción de información para ser soltada

- ____ Nota de progreso incluyendo la Historia y Física
- ____ Reportes de Laboratorio (inclusive reportes de patología y/o información del VIH/Sida)
- ____ Registros de Radiología (ultrasonidos/sonogramas, las radiografías, Escáneres de CT, MRI)
- ____ Consultas
- ____ Registros de Hospital: Los registros de emergencia, registros de admisión/matrícula, reportes operativos, resumen
- ____ Reportes de Patología
- ____ Registro de fractura
- ____ Específicas formas de relación al trabajo, FMLA, Incapacidad, o estatus/liberación general del trabajo

Yo Comprendo

- Información que no fue engendrada por J. Gabriel Guajardo, M.D. no será soltada y debe ser solicitada por esa facilidad directamente.
- Entiendo que información que ha sido usada antes de esta autorización esta sujeta a ser resusada por la persona quien recibió la información y no esta protegida por leyes Estatales o Federales.
- Esta autorización expirará por la ley 180 días de la fecha de esta autorización a menos que yo de otro modo específico; deseo que esta autorización tenga vigencia hasta que (la Fecha) _____.
- Firmando esta forma yo autorizo la liberación de mi información protegida de salud.
- Puedo revocar esta autorización en tiempo con notificación escrita, pero no afectara información que ya ha sido soltada o las acciones tomadas antes de la revocación escrita. La revocación escrita debe ser firmada y debe ser fechada con una fecha que es posterior que la fecha de esta autorización.
- Es posible que haya un cargo asociado con la liberación de servicios de información rendida.
- No hay cargo para la liberación de información a otras facilidades de la asistencia médica.
- Comprendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarlo.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

O Representante Legal