

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección del Paciente: _____ Teléfono de Casa: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Proporcionar Información A

Por la presente yo Autorizó a The San Antonio Orthopaedic Group a liberar mi expediente médico a:

Enviar Copias A: Discutir información médica con:

Nombre/Facilidad: _____ Atención: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Fax: _____
 Razon de la petición: Personal Continuación de Tratamiento/ Referencia Aseguranza Transferencia Otro (Explique)

Comentarios/Especificaciones de la Autorización _____

NOTIFICACIÓN: La publicación de información en virtud de esta autorización puede ser revelada por la institución receptora o individuales a otras personas o organizaciones que no son asunto federal y las leyes de privacidad del sitio. The San Antonio Orthopaedic Group no condicionara a el tramamiento a la firma de esta autorización o pago de las tarifas asociadas.

Información Para ser Liberado

Por favor proveer un resumen 2 años (Incluye 5 años de laboratorios, radiología y diagnóstico) Por favor, proporcionar sólo los registros siguientes para las fechas indicadas abajo:
 Por favor proveer mi expediente médico completo para las fechas: Desde _____ A _____ Notas de Progreso/Consultas Laboratorio
 Por favor proporcionar mi registro de facturación completo par fechas. Desde _____ A _____ Reportes de Radiología Patología Facturación de Cuenta Otro (Explique Abajo)

Comentarios/Especificaciones de la Autorización _____

NOTIFICACIÓN: Esta autorización es valida por 180 días a menos que especifique lo contrario. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento proporcionado una declaración por escrito a el Departamento de Administración de Información de Salud de The San Antonio Orthopaedic Group, excepto en la medida cuando The San Antonio Orthopaedic Group ya ha completado la acción.

CARGOS POTENCIALES: Ver la "letra de Explicación de Cuota y Proceso" para obtener mas información acerca de los costos asociados.

Autorización para liberar información protegida

***Requerido** - Por favor completé las cajas abajo indicando cómo la información protegida debe ser manejado aún cuando las categorías no se apliquen necesariamente a los registros médicos del paciente

Liberar Records? Marque uno

YO SI NO QUIERO información acerca de mi **Salud Mental** liberados

YO SI NO QUIERO información acerca de mis exámenes de **HIV o Información Relacionada**

Inicial para confirmar sus opciones



Por favor confirma que has puesto una marca y tus iniciales **TODAS** las categorías de información protegida arriba sin importar si son aplicables o no. Si la forma esta incompleta, o si la información protegida no es liberado, es posible que no podremos cumplir esta petición .

Firma

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Padre/Firma del Representate Legalmente Reconocido

Fecha

Description y Prueba de Autoridad para Actuar en Nombre de Paciente.

Fecha

Conoce tus derecho de privacidad
 Referete a el **"AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPPA"**

Document Updated
 7/20/16