



MEDICAL CLINIC OF NORTH TEXAS, P.A.

**La Autorización para Divulgar Información Médica
a Medical Clinic of North Texas, P.A.**

Yo, _____, autorizo
(Nombre del paciente o representante legal)

(Nombre de la persona / entida que debera publicar a los registros)

(Dirección de la persona / entida que debera publicar a los registros)

publique a la siguiente información por correo, fax, verbalmente o por vía electrónica a:

The Medical Clinic of North Texas, P.A.
Denton Internal Medicine
Dirección: 2900 N. I-35, Suite 110
Denton, Texas 76201
Teléfono: (940) 387-9100 Fax: (940) 387-9550

La informaciona es de:

Dr. T. Harris

Dr. R. Jafry

Para los registros de salud: _____
(Nombre de la persona cuyo registro será divulgada) (Número de Seguro Social)

Para el proposito de: _____

Todos los registros

Declaraciones de gastos o pagos

Registros de todas las visitas

Información de SIDA o VIH

Historia y examen físico

Recors de visita para una fecha determinada(s).

Especifique las fechas exactas o se limitan a: _____

Copias de registros o informes previstos para el distribuidor antes mencionado (es decir, hospital, laboratorio, clínica, etc)

Tratamiento de salud mental o abuso de alcohol y drogas

Otros (sea específico): _____

Toma Nota de los Progresos

Aprobación de la Gestión Resumen

Informes de Consulta

Información de Hepatitis

Las fotografías, cintas de vídeo, digitales, u otras imágenes

Esta autorización se da libremente en el entendimiento de que:

1. Cualquier o todo registro, ya sea escrita, oral, o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización previa y por escrito, exepcto contraria de la ley.
2. Una fotocopia o fax con autorización es tan válida como esta original.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, exepcto cuando esta información ya ha sido publicada.
4. Medical Clinic of North Texas, P.A., sus empleados, funcionarios, y los médicos tienen autorizacion de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad para la recepción informativa anterior en la medida indicada y autorizada en el mismo.
5. La información utilizada o revelada de conformidad con la autorización podrá ser objeto de revelación por parte del receptor y no podrán ser protegidos por esta norma.
6. Tratamiento, pago de inscripción, o elegibilidad para recibir beneficios no puede ser condicionada a la obtención de esta autorización.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Paciente / Firma Legal del Representante

Fecha

Relación con el Paciente

Fecha de Caducidad de la Autorización

Testigo

Fecha