



# 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/entidad que debere compartir la información)

\_\_\_\_\_  
(Dirección de la persona/entidad que debere compartir la información)

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

**Medical Clinic of North Texas, P.A.**  
**MacArthur**  
Dirección: 6750 N. MacArthur, Suite 150  
Irving, Texas 75039  
Teléfono: (972) 373-0303 Fax: (972) 373-8074

### La informaciona es para:

- Dr. G. Viktorin
- Dr. Q. Rathkamp
- Dr. S. Copeland
- Dr. M. Conoley
- Dr. C. Meyer
- Dr. V. McColm
- Dr. A. So

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:

- 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.
- Una fotocopia o fax con autorización es tan válida como esta original.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, exepcto cuando esta información ya ha sido publicada.
- 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.
- 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.
- 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