

OFFICE USE ONLY:

 MRN: _____ Pmt Recvd: _____
 Date Received: _____ Amount: \$ _____

AUTORIZACIÓN PARA PEDIR O DAR INFORMACIÓN
Solicitando registros médicos:

Apellido del paciente _____ Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente _____ Teléfono del paciente _____

Persona completando esta solicitud:

Imprima nombre _____ Imprima apellido _____

Relación con el paciente _____ ID# _____ Tipo de identificación _____

 Yo autorizo a Legacy Community Health, P.O. Box 66308, Houston, TX 77266, to
 Pedir información o / dar información medica a quien corresponda

Nombre del proveedor/organización/entidad/persona _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de fax _____

Fechas en que se efectuaron los servicios o rango de fechas _____ a _____

INFORMACIÓN DADA A CONOCER (Se debe indicar)

-
- Resumen de la historia
-
-
- Registros de atención primaria
-
-
- Registros del cuidado dental
-
-
- Registros del servicio de visión
-
-
- Informes de laboratorio o pruebas de diagnóstico
-
-
- Otro (especificar): _____

OBJETIVO/PROPOSITO DE ESTA INFORMACIÓN (Se debe indicar)

-
- Solicitud del paciente
-
-
- Atención médica continua
-
-
- Determinación de discapacidad del Seguro Social
-
-
- Legal u otro procedimiento judicial
-
-
- Verificación de reclamaciones o beneficios
-
-
- Otro (especificar): _____

 Yo autorizo dar a conocer la siguiente información: (sin autorización, información no puedo darse a conocer).

-
- Documentos de STI
-
-
- Documentos de VIH/SIDA
-
-
- Documentos de salud mental
-
-
- Historial de Alcoholismo/Abuso de drogas
-
-
- Documentos de discapacidades de desarrollo
-
- Iniciales: _____

DERECHOS RELACIONADOS CON LA AUTORIZACIÓN: Los pacientes o sus representantes legales autorizados tienen derecho a revisar o recibir una copia de esta información médica que se va a usar o divulgar. Los pacientes o sus representantes legales autorizados tienen derecho a anular esta autorización. Se necesita una notificación por escrito para anular esta autorización, que será válida por un año, salvo que el paciente o su representante legal autorizado la anule por escrito.

Según la ley de Texas (Texas Administrative Code §165.2), Legacy podría cobrar una tarifa razonable por copiar su información médica: El Colegio Médico de Texas (Texas Medical Board) Para copias impresas, el costo es de \$25 por las primeras 20 páginas y por cada página adicional 50 centavos. Para copias electrónicas, el costo es de \$25 hasta por 500 páginas, \$50 si son más de 500 páginas (si se provee en CD se agrega \$1 más).

Firma del paciente o representante legal _____ Imprima su nombre _____ Fecha _____

Firma de testigo de Legacy _____ Imprima su nombre _____ Fecha _____

Enviar por correo a: Medical Records, Legacy Community Health, P.O. Box 66308, Houston, TX 77266
Enviar por fax al: (832)-548-5092 EMAIL To: mrecords@legacycommunityhealth.org