

**DIVULGACIÓN DE FORMULARIO AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

 Persona Solicitando: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 (si no el paciente)

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ I.D. #: \_\_\_\_\_ Tipo de I.D.: \_\_\_\_\_

**Autorizo a Legacy Community Health a...  
 ENVIAR expediente a:**

Persona/Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

 Enviado por:  Descarga  Fax  Correo

**Autorizo a Legacy Community Health a...  
 RECIBIR expediente de:**

Persona/Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

 Enviado por:  Fax  Correo (papel)

Rango de Fechas de Registros Solicitados: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN A REVELAR		(obligatorio)
<input type="checkbox"/> Expediente Electrónico Entero	<input type="checkbox"/> Labs/Diagnósticas	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Visitas a la Oficina	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> Carta de Estado: _____ <span style="display: block; text-align: right; font-size: small;"><i>Descripción</i></span>		
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN		(obligatorio)
<input type="checkbox"/> Continuo de Atención Medica	<input type="checkbox"/> Solicitud del Paciente	
<input type="checkbox"/> S.S. Determinación de Discapacidad	<input type="checkbox"/> Procedimiento legal o judicial	
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

**AVISO DE INFORMACIÓN SENSIBLE:** A menos que se indique lo contrario en la sección anterior, la información especificada para ser liberados pueden incluir, pero no está limitado a: salud conductual o enfermedad mental, historia, diagnóstico y / o tratamiento de abuso de sustancias, y / o las enfermedades transmisibles, incluido el VIH y SIDA.

**DERECHOS CON RESPECTO A LA AUTORIZACIÓN:** Los pacientes, o su representante legalmente autorizado, tienen derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información de salud que se divulgará. Los pacientes, o su representante legalmente autorizado, tienen el derecho de retirar esta autorización. Notificación escrita es necesaria para retirar esta autorización. Esta autorización será válida para el primero de un año o hasta que se cumpla la solicitud de información de salud, a menos que sea revocado por escrito por el paciente o su representante legalmente autorizado. Legacy Community Health no condicionará el tratamiento, pago, y / o inscripción o elegibilidad para beneficios al completar de este formulario. Reconozco que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la ley federal.

**PARA MÁS INFORMACIÓN:** Visítenos en línea en [legacycommunityhealth.org/ROI](http://legacycommunityhealth.org/ROI) o en la clínica de Legacy Community Health más cercana a usted.

 \_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Representate Legal

 \_\_\_\_\_  
 Imprimir Nombre

 \_\_\_\_\_  
 Fecha

Envie por CORREO a: Release of Information, Legacy Community Health, P.O. Box 66308, Houston, TX 77266

FAX a: (832) 548-5092 (Medical Records)

 EMAIL a: [mrecords@legacycommunityhealth.org](mailto:mrecords@legacycommunityhealth.org)