

Autorización Para Divulgar Información Médica

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alías: _____

Proporcionar a: _____ Numero de Telefono: _____

Proporcionar de: CommonGood Medical, 103 E Lamar St. McKinney, TX 75069,
 (p) 469.712.4246 (f) 469-545-1992

1. INFORMACION PARA SER PROPORCIONADA: (Compruebe todos aplicables)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toda La Informacion | <input type="checkbox"/> Todas Las Notas De Progreso |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Expedientes de Radiografia |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma (ECG) | <input type="checkbox"/> Expedientes de Alergia |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de las Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Las mas recientes pruebas de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informes Quirurgicos | <input type="checkbox"/> Imágenes Medicas (2 años) |
| <input type="checkbox"/> Las Notas de Progreso de la visita pasada | |

Autorización Especial: Compruebe cada caja aplicable y firme en la linea inmediata con mi firma a continuar, autorizo a la oficina para que proporcione toda mi informacion con respecto a:

- Alcohol Drogas Salud Mental Enfermedad de Transmisión Sexual HIV Sida

Note: If this release pertains to alcohol, drug, or mental health information, please note that this information has been disclosed to you from records protected by federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless additional further disclosure is expressly permitted by written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. The federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

2. Expediente del Periodo: _____/_____/_____ **hasta** _____/_____/_____

3. Proposito de Acceso: (Compruebe todos aplicables)

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica | <input type="checkbox"/> Pago de el Caso con la Aseguranza | <input type="checkbox"/> Legal |
| <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Demanda de la Remuneración de los Trabajadores | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

4. Entiendo que esta autorización será válida por cinco años. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento a menos que hasta el punto de la acción ya se haya tomado.

5. El solicitante puede ser proporcionado una copia de esta autorización.

Firma de Paciente/Guarda: _____ Fecha: _____