

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN VERBAL DE SALUD

Grupo Psiquiatrico Holiner 7777 Forest Lane, C-833, Dallas, TX 75230 Oficina: 972-566-4591 Fax: 972-566-6679		
Joel Holiner, MD	Rodolfo Molina, MD	Walter Elliston, MD
Robert Freele, MD	Arthur Chavason, MD	Aditya Sharma, MD

Nombre del Paciente (con letras de imprenta)

Fecha de Nacimiento

Numero de Seguro Social

Numero de Telefono

YO AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A / DE LA PERSONA (S) NOMBRADO U ORGANIZACIÓN (S) QUE APARECE :

Nombre Completo <input type="checkbox"/> Informacion de salud <input type="checkbox"/> Facturación (incluyendo pagos, colecciones, etc.) <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____	Reacion a Paciente	Numero de Telefono de dia o celular
Nombre Completo <input type="checkbox"/> Informacion de salud <input type="checkbox"/> Facturación (incluyendo pagos, colecciones, etc.) <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____	Reacion a Paciente	Numero de Telefono de dia o celular
Nombre Completo <input type="checkbox"/> Informacion de salud <input type="checkbox"/> Facturación (incluyendo pagos, colecciones, etc.) <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____	Reacion a Paciente	Numero de Telefono de dia o celular

- **Tengo por entendido que formas incompletas seran nulificadas e invalidadas: sin excepcion.**
- **Tengo entendido que la divulgacion de mi informacion de salud no incluye el mandar por correo, o por mandar copias de mis archivos medicos por medio de fax; Yo debere completar la seccion de abajo de este documento para otorgar la autorizacion de enviar copias por correo o por medio de fax a la organizacion o individuo previamente nombrados.**
- **Tengo por entendido que informacion especifica a ser revelada puede incluir historia de Abuso de Drogas o Alcohol o sobre el tratamiento de Enfermedad Mental, o de enfermedades comunicables de Inmunodeficiencia como el SIDA y el HIV, resultados de laboratorio, diagnosticos, progreso clinico, y cualquier otra informacion al respecto. Esta autorizacion se vencera 1 ano desde la fecha de mi firma en este documento.**
- **Tengo por entendido que esta informacion sera dada solamente por el especifico proposito arriba indicado. Cualquier otro uso de esta informacion, sin el consentimiento escrito del paciente esta prohibido.**
- **Tengo entendido que una revocacion no es efectiva en el sentido que la oficina medica ha confiado en esta autorizacion para sus acciones. Una revocacion no es efectiva si esta autorizacion fue obtenida como una condicion de obtener cobertura del seguro medico, ya que otra ley prove al asegurador con el derecho de cuestionar un reclamo bajo esta poliza o la misma poliza.**
- **Autorizo asi mismo que una fotocopia de esta autorizacion sea aceptable como una original.**
- **Tengo por entendido que la informacion revelada o usada en relacion a esta autorizacion puede estar sujeta a redivulgacion por el afectado por lo tanto no estaria protegida por las reglas federales de privacidad HIPAA.**

La practica medica no modificara mi tratamiento, pagos, o eurolamiento en un plan de salud o una elegibilidad de beneficios, sea que otorgue o no la autorizacion de entrega de esta informacion y su uso medico. Tengo tambien entendido de que tengo el derecho de cancelar esta autorizacion, siempre y cuando sea hecho por escrito, en cualquier momento, mandando esta notificacion a:

Nombre del paciente o representante (imprensa)

Fecha

Firma del paciente o representante

Relacion del paciente con el representante

Testigo

Fecha