

Número de teléfono: 956-389-1713 Fax: 956-389-1714

SELECCION METODO DE ENVIO:

CORREO: _____ RECOGIDA: _____ ENVÍO POR FAX: _____ ELECTRONICO: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Cuenta #: _____ Número de Teléfono: _____

Fecha de la Hospitalización: _____ Domicilio Actual: _____

Correo Electrónico: _____

PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoja de cara de admisión | <input type="checkbox"/> Historia y Físico | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informe de consulta |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del medico | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos | <input type="checkbox"/> Registro del departamento de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Tratamiento, Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Notas de tratamiento respirator | <input type="checkbox"/> Registro de rehabilitación (PT/OT/ST) |
| <input type="checkbox"/> Informe Operativo | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Informes de cardiología | <input type="checkbox"/> Película/CD de cardiología |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Película/CD de radiología | <input type="checkbox"/> Pruebas de VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Información de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación/Información financiera <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ | | | |

MI INFORMACIÓN ALTAMENTE CONFIDENCIAL:

Al marcar cualquiera de las casillas junto a una categoría de información altamente confidencial que se detalla a continuación, Autorizo específicamente el uso y/o divulgación de la categoría de información altamente confidencial indicada junto a la casilla, si dicha información se usará o divulgará de conformidad con esta Autorización:

- Información sobre servicios de salud mental or retraso mental
- Notas de psicoterapia creadas por un profesional de la salud mental
- Información sobre pruebas relacionadas con el VIH / SIDA (incluido el hecho de que se ordenó), realizó o informó una prueba del VIH, independientemente de si los resultados de dichas pruebas fueron positivos o negativos)
- Información sobre enfermedades de transmisión sexual
- Información sobre los servicios del programa de tratamiento de abuso de alcohol o drogas
- Información sobre agresión sexual
- Información sobre abuso y negligencia infantil

POR LA PRESENTE, AUTORIZO AL:

- Valley Baptist Medical Center, Harlingen TX Valley Baptist Medical Center, Brownsville TX Valley Baptist Micro Hospital, Weslaco TX
- RECEPTOR: Nombre de la persona o clases de personas a quienes Valley Baptist Health System puede divulgar mi información de salud:

Dirección del destinatario o donde se debe entrega mi información de salud

CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
-------	--------	--------	---------------

PLAZO: Esta Autorización permanecerá vigente (si se deja en blanco a continuación, esta Autorización permanecerá en efecto durante 365 días o un año):

- Desde la fecha de esta Autorización hasta el _____ día de _____, 20_____.
- Hasta que Valley Baptist Health System cumpla con esta solicitud.
- Hasta que ocurra el siguiente evento: _____
- Otro especificar: _____

PROPÓSITO: Autorizo a Valley Baptist Health System a usar o divulgar mi información de salud (incluida la información altamente confidencial (seleccionada anteriormente, si corresponde) durante el término de esta Autorización para los siguientes propósitos específicos): [Note" *a pedido del Paciente" es suficiente si el Paciente esta iniciando esta Autorización]:

- La Divulgación es a petición mía (del paciente) Determinación de discapacidad Abogada / Investigación Legal Uso personal
- Atención médica adicional Agencia Gubernamental / Policia Ver registros medicos en el sitio Seguro

Entiendo de Valley Baptist Health System puede cobrarme una tarifa por pagina por los servicios de copia necesarios para completar mi solicitud.

Firma del Paciente o del Representante del Paciente

Fecha Hora

Nombre del Representante (si es aplicable)

Descripción del Representante

Nombre del Testigo / Traductor (si es aplicable)

Fecha Hora

RELEASE OF INFORMATION - SPANISH

* « Patient Number » *