

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 tramamiento de abuso de alcohol o drogas
- Información sobre aggrección 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 Pacienta 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