

Valley Pain Center
425 E. Los Ebanos Blvd. Suite #105
Brownsville, TX 78520
(956) 541-9824 Fax (956) 541-9829

Autorización para el Acceso a la Información Protegida de la Salud

De acuerdo con los requisitos del acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico (HIPPA) 1996, esta forma da la autorización a Valley Pain Center el permiso familiar de adquirir, de utilizar o de lanzar la información especificada de la salud para el tratamiento, el adquirir, el pago, y las operaciones del cuidado médico.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Fecha de servicio(s) _____ SS# _____

La información que se divulgará y/o fotocopió el incluye(s):

- | | |
|--|--------------------------------|
| _____ Mi médicas completas | _____ Historia y examen físico |
| _____ Anotaciones clínicas | _____ Reporte de laboratorio |
| _____ Reporte de rayos-X | _____ Reporte de patología |
| _____ Fotografías, videocintas, imágenes digitales u otras, medios | |
| _____ Otra informacion (especificar) _____ | |

Le autorizo por este medio a divulgar las copias de cualquier expediente médico, que pueden incluir la deoendencia de drogas, el abuso del alcohol, abuso físico, enfermedades mentales, HIV/AIDS, otras condiciones médicas e información social.

Sé que tengo el derecho de retirar esta autorización, en la escritura, en cualquier momento enviando tal aviso escrito a la oficina médica del departamento o de la conformidad de los expedients de SCF. También sé que información usada o divulgada antes de que esta autorización pueda proteger no más de largo por ley federal o del estado.

El tratamiento, la inscripción del pago o la elegibilidad para las ventajas no se pueden condicionar en la obtención de esta autorización.

Mi permiso está solamnte en vigor y efecto hasta la fecha o el acontecimiento siguiente:

- _____ (fecha o acontecimiento de vencimiento de la lista), o
- Final del estudio de la investigación (el uso o el lanzamiento está para la investigación.)

La autorización expirará 1 año a partir de la fecha de la firma si no se proporciona ninguna fecha.

(Firma del paciente o del representante legal autorizado)

(Relación a la persona autoizada)

(Firma del testigo)

(Fecha)