



*Orthopaedic Surgery
& Sports Medicine*

OF SAN ANTONIO

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD
PROTEGIDA**

Por medio de la presente autorizo a _____
para que utilice y divulgue información de salud protegida del expediente de:

Nombre del Paciente: _____ **Número de Teléfono:** _____

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

que comprenda el período(s) de hospitalización de:

Fecha(s) de Admisión/Alta: _____

La información será divulgada a:

Orthopaedic Surgery & Sports Medicine of San Antonio
Consultorio Médico de Andrew L. Whaley, M.D. y Joseph Taylor, F.N.P.

143 West Sunset, Suite 100

San Antonio, Texas 78209

Teléfono: (210) 293-2663

Fax: (210) 293-2719

Autorizo que sea divulgada la siguiente información:

Expediente(s) médico(s) completo(s) Informe Operativo Evaluación Psicosocial
Resumen del Alta Radiografías, Laboratorio, Patología Historial Médico y Condición Física
Evaluación Psiquiátrica Anotaciones del progreso/psicoterapia
Otro: _____

Los propósitos de la divulgación son: Cuidado continuo y seguro médico

También, por medio de la presente doy mi consentimiento para que se divulgue la siguiente información, la cual podría tener protección específica de la ley:

Información sobre abuso del alcohol y drogas y el tratamiento respectivo, salud mental, resultados de las pruebas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), diagnóstico, tratamiento, o los resultados de las pruebas de drogas, así como información sobre atención médica recibida de alguna otra institución de servicios de salud.

Entiendo que el alcance de esta información para cualquier destinatario, como el identificado arriba, quien no es una "entidad cubierta" bajo Ley de Confidencialidad de Información de Texas o ley federal, por consiguiente, una vez que la información arriba mencionada es divulgada, no podrá ser protegida por las leyes precedentes y, dicho destinatario puede divulgar nuevamente tal información.

Entiendo que Orthopaedic Surgery and Sports Medicine of San Antonio, Consultorio Médico de Andrew L. Whaley, M.D. y Joseph Taylor, F.N.P. no puede condicionar el tratamiento basado en que yo complete la presente autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento en la medida en que **Orthopaedic Surgery and Sports Medicine of San Antonio, Consultorio Médico de Andrew L. Whaley, M.D. y Joseph Taylor, F.N.P.** haya dependido ya de esta información. Entiendo que para revocar esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar esta revocación escrita al Departamento de Expedientes Médicos [Medical Record Department]. A menos que se especifique lo contrario, esta autorización tendrá una validez de 180 días, contados a partir de la fecha en que se firme.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre o Madre, Tutor o Representante Legal

Fecha