

# LAKE HIGHLANDS MEDICAL PARTNERS

## La Autorización para Divulgar Información Médica a Lake Highlands Medical Partners

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo  
(Nombre del paciente o representante legal)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona / entida que debera publicar a los registros)

\_\_\_\_\_  
(Dirección de la persona / entida que debera publicar a los registros)

publique a la siguiente información por correo, fax, verbalmente o por vía electrónica a:

### LAKE HIGHLANDS MEDICAL PARTNERS

8330 Abrams Rd., Suite 112  
Dallas, TX 75243

Office (214) 553-9009 Fax (214) 553-9003

Para los registros de salud: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona cuyo registro será divulgada) (Número de Seguro Social)

Para el proposito de: \_\_\_\_\_

#### Todos los registros

Declaraciones de gastos o pagos

Registros de todas las visitas

Información de SIDA o VIH

Historia y examen físico

Recors de visita para una fecha determinada(s).

Especifique las fechas exactas o se limitan a: \_\_\_\_\_

Copias de registros o informes previstos para el distribuidor antes mencionado (es decir, hospital, laboratorio, clínica, etc)

Tratamiento de salud mental o abuso de alcohol y drogas

Otros (sea específico): \_\_\_\_\_

Toma Nota de los Progresos

Aprobación de la Gestión Resumen

Informes de Consulta

Información de Hepatitis

Las fotografías, cintas de vídeo, digitales, u otras imágenes

#### Esta autorización se da libremente en el entendimiento de que:

1. Cualquier o todo registro, ya sea escrita, oral, o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización previa y por escrito, exepcto contraria de la ley.
2. Una fotocopia o fax con autorización es tan válida como esta original.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, exepcto cuando esta información ya ha sido publicada.
4. Lake Highlands Medical Partners, sus empleados, funcionarios, y los médicos tienen autorizacion de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad para la recepción informativa anterior en la medida indicada y autorizada en el mismo.
5. La información utilizada o revelada de conformidad con la autorización podrá ser objeto de revelación por parte del receptor y no podrán ser protegidos por esta norma.
6. Tratamiento, pago de inscripción, o elegibilidad para recibir beneficios no puede ser condicionada a la obtención de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Paciente / Firma Legal del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Caducidad de la Autorización

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha