Uvalde Memorial Hospital

# MEDICAL RECORD RELEASE - ACUTE CARE

**Yo autorizo el Hospital Memorial de Uvalde para usar y revelar informacion medica protegida de los archivos de:**

Nombre: _____ Seguro Social No.: XXX-XX- _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Archivo: _____ Fecha de Servicio: _____ a _____

A Quien: _____

Proposito: ☐ Cuidado Medico ☐ Aseguranza ☐ Reclamo ☐ Otro _____

**Yo autorizo especificamente el uso y revelado de los siguientes expedientes de salud: (marque uno)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Historia & Fisico | ☐ | Patologia | ☐ | Visitas de Emergencia | ☐ | Archivo Completos Medicos | ☐ |
| Resumen de Despacho | ☐ | Laboratorio | ☐ | Hoja Frente de Admision | ☐ | Ordenes de Doctor | ☐ |
| Operativo | ☐ | Reporte Radiologico | ☐ | Immunizaciones | ☐ | Medicaciones | ☐ |
| Consultas | ☐ | Electrocardiograma | ☐ | Terepia Fisica, Ocupacional, Lenguaje | ☐ | Otro | ☐ |

**Entiendo que dichas copias seran:**

(check one) ☐ Enviadas por correo ☐ Entregadas en persona

Nombre de Individuo: _____

Nombre de Compania: _____

Direccion: _____

Estado, Codigo: _____

Enviadas por Fax:

Nombre de Individuo: _____

Nombre de Compania: _____

Numero de Fax: _____

Confirmacion telefonica: _____

Fecha de revelado: _____

Numero de paginas: _____ Revelado por: _____

* Entiendo que estos expedientes pueden incluir informacion sobre HIV/AIDS (condicion de SIDA), alcoholismo o abuso de sustancia o condiciones mentales. Queda entendido que el Hospital Memorial de Uvalde es ahora liberado de toda resposabilidad legal o sujetiva por la revelacion de informacion hasta el punto de autorizacion en esta forma. Esta autorizaci
* Entiendo que el individuo recibiendo esta informacion no se identifica de arriba como entidad cubierta bajo la ley privacidad Federal o de Texas, la informacion puede que no este protegida por la ley privacidad Federal o de Texas cuando ya ha sido revelada al individuo, por eso puede estar sujeta a ser revelada otra vez por el individuo receptor.
* Entiendo que puedo revocar mi decision por escrito a cualquier tiempo con la excepcion de lo que el Hospital Memorial de Uvalde ha ya dependido en esta autorizacion. Entiendo que puedo revocar esta autorizacion al mandar/enviar por fax una noticia escrita a la persona indicada y encargada de informacion de salud, 1025 Garner Field Road, Uvalde Texas 78801, o por fax a (830) 278-2257, aclarando las intenciones de revocar esta autorizacion.
* Solamente si ya ha sido revocada, entiendo que esta autorizacion es valida hasta los 180 dias despues de la fecha cuando fue firmada a no ser que provee de otra manera o solo que sea revocada.
* Entiendo que el Hospital Memorial de Uvalde no puede poner condiciones para completar esta forma de autorizacion.

_____
Parentesco

_____ _____
Nombre impreso del paciente o representante autorizado Firma del paciente o representante autorizado Fecha/Hora

_____ _____
Nombre de Testigo Firma de Testigo Fecha/Hora

**UVALDE MEMORIAL HOSPITAL**