

Patient ID: _____

Provider: _____

Site: _____

Medical Records Fax Number
(940) 220-7995

Autorización para la divulgación de información

Autorizo a Health Services of North Texas a *divulgar / obtener* (circule uno) información médica relacionada con:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fechas de servicio: _____ Número de teléfono: _____

Esta información se debe *divulgar / obtener* (circule uno) de:

Nombre / Compañía: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Información específica solicitada:

- Notas de enfermeras y evaluación de admisión Notas / reportes de progreso del medico
- Informe de H&P y alta del medico Electrocardiogramas y resultados dictados Resultados de laboratorio
- Resultados dictados de imágenes médicas Registros de administración de medicación Registros de vacunas
- Otro _____

Esta información es necesaria para los siguientes propósitos: (* Indica posible tarifa por el servicio)

- Atención de seguimiento El paciente solicita la divulgación ** Beneficios de discapacidad * Abogado *
- Otro*: _____

Information to be released via: Fax Correo Recogida Correo electrónico _____

Esta autorización entra en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente por un año. Entiendo que la solicitud no puede utilizar o divulgar esta información médica a menos que yo autorice dicho uso o divulgación posterior o a menos que tal uso sea específicamente requerido o permitido por la ley. Entiendo que la información específica que se divulgará puede incluir, entre otros: historial, diagnóstico y / o tratamiento del abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades contagiosas, incluido el VIH / SIDA. Autorizo el lanzamiento de esta información específica. También entiendo que esta autorización puede ser revocada por mí mediante una notificación escrita y fechada, excepto en la medida en que dicha divulgación se haya realizado antes del recibo de la revocación.

He leído y entiendo este consentimiento, y lo he firmado voluntariamente y por mi propia voluntad.

Firma del paciente o la parte autorizada

Fecha

Relación al paciente

Authorized Personnel Only

Date Received: _____

Completed by: _____

Date Processed: _____

Number of Pages: _____

HEALTHSERVICESNTX.ORG



HSNT Headquarters
4401 N. I-35 Suite 312
Denton, TX 76207
940-381-1501
940-566-8059 Fax

Denton Medical Center
4304 & 4308 Mesa Drive
Denton, TX 76207
940-381-1501
940-591-7830 Fax

HSNT at Serve Denton
306 N Loop 288 Suite 200
Denton, TX 76209
940-381-1501
940-591-7830 Fax

Denton South Center
3537 South I-35E Suite 210
Denton, TX 76210
940-381-1501
940-381-5249 Fax

HSNT Plano
5501 Independence Pkwy
Suite 110
Plano, TX 75023
940-381-1501
972-424-9117 Fax

Wylie Children's Medical Clinic
303 Hwy 78 Suite 106
Wylie, TX 75098
940-381-1501
972-429-5410 Fax