

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 & Físico	Patología	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

Transferencia permanente de placas de rayos X

Placas Originales de rayos X

Yo autorizo el Hospital Memorial de Uvalde a expedir/transferir placas originales de radiologia de las fechas marcadas arriba. Tambien clarifica que el Hospital Memorial de Uvalde por medio de esta acta, queda liberado de cualquier responsabilidad legal de guardar seguras las placas originales de radiologia que ya han sido mencionadas. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

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 responsabilidad legal o sujeta por la revelacion de informacion hasta el punto de autorizacion en esta forma. Esta autorizacion se extiende a proveer copias de cualquier/o todas las partes de este archivo para poder estar de acuerdo con lo mencionado. \_\_\_\_\_(Iniciales)

Entiendo que dichas copias seran:

(circle one) Enviadas por correo: _____	Entregadas en persona: _____	Enviadas por Fax: _____
Nombre de Individuo: _____		Nombre de Individuo: _____
Nombre de Compania: _____		Nombre de Compania: _____
Direccion: _____		Numero de Fax: _____
Estado,Codigo: _____		Confirmacion telefonica: _____
		Fecha de revelado: _____
		Numero de paginas: _____ Revelado por: _____

\* 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.

Firma del Paciente o Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde de si mismo o representante legal (si hay uno): \_\_\_\_\_

Testigo(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Uvalde Memorial Hospital  
Consent for: Medical Record  
Release - UMHSP**

