

LAKWOOD MEDICAL PARTNERS

La Autorización para Divulgar Información Médica a Lakewood 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:

LAKWOODMEDICALPARTNERS

6333 E. Mockingbird Ln., Suite 126
Dallas, TX 75214

Office (214) 826-6005 Fax (214) 826-6012

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).

- 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

Espesifique 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): _____

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. Lakewood 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