

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
A NORTH TEXAS DIALYSIS ACCESS CLINIC**

REGISTROS DEL ESTABLECIMIENTO/MÉDICO SOLICITADOS DE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEGURO SOCIAL: _____

Por el presente, autorizo la divulgación de toda información médica protegida de mi historia clínica que North Texas Dialysis Access Clinic considere necesaria para mi atención médica. Entiendo que la información divulgada puede contener información sobre pruebas, diagnósticos o tratamiento para VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, trastorno psiquiátrico/salud mental o consumo de drogas o alcohol. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que el tratamiento que recibo a través de North Texas Dialysis Access Clinic no se verá afectado por mi negativa a firmar este formulario.

Información a divulgar:

____ Antecedentes/exploración física	____ Notas de evolución	____ Resumen de alta
____ Consulta	____ Informe de operaciones	____ Informes de laboratorio
____ Radiografías de tórax	____ Radiología	____ Notas del consultorio
____ Pruebas/terapia especial	Otro (especificar) _____	

Fecha de servicio específica: _____

*Nota: Si no se indica ninguna fecha de servicio, se solicita la información más actualizada disponible.

Esta autorización no vence. Puede ser revocada, pero no de manera retroactiva a registros ya divulgados de buena fe.

Firma

Fecha

Firma del testigo

Fecha