



# New Horizon Health Center

191 East Price Rd; Brownsville, Texas 78521 • (956) 548-7400 • Fax: (956) 548-7421

## Autorizacion para el uso y divulgacion de Informacion Privada/Protegida de Salud

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido de Soltera: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo a (Nombre/Direccion): \_\_\_\_\_

Que divulge mi informacion de salud portegida a:

Mi o  El nombre de proveedor: \_\_\_\_\_

Direccion (Ciudad, Estado y Codiogo Postal): \_\_\_\_\_

Del la siguiente manera:  Copias por correo,  Copias para ser recogidas en persona,  Electronico

Otra manera: \_\_\_\_\_

Razon para la revelacion: \_\_\_\_\_

Este pedido y la autorizacion se aplican a:

\_\_\_\_\_ Toda informacion de asistencia medica

\_\_\_\_\_ Informacion protegida de salud con respecto al diagnostico siguiente, el tratamiento, o la fecha del tratamiento: \_\_\_\_\_

Otro (para investigaciones, etc.): \_\_\_\_\_

Yo entiendo que autorizacion en escrito se requiere para divulgar toda la informacion de salud protegida/privada en relacion a exámenes, diagnosis, y tratamiento para HIV/SIDA (AIDS VIRUS), enfermedades sexuales transmisibles, desordenes psiquiatricos, salubridad mental, y abuso de alcohol y drogas. Si se me han echo analysis de laboratorio, diagnosis, o se me a tratado por cualquiera de estas condiciones usted esta especificamente autorizado a divulgar toda la informacion sobre mi salud relacionada a esta diagnosis, exámenes y/o tratamientos. \_\_\_\_\_ Iniciales del Paciente

Mi permiso as solamente valido y estara en efecto hasta la siguiente fecha o evento:

\_\_\_\_\_ (indique la fecha designada de vencimiento o de el final del acontecimiento), O

El final de el estudio investigativo (se usara solamente si su uso o el descubrimiento no son para la invertigacion).

Entiendo que tengo el derecho a renunciar esta autorizacion, por escrito, en cualquier momento, enviando tal notificacoin al departamento de Expedientes Medicos o la Oficina de Privacidad. Comprendo que si no firmo esta Autorizacion no afectara mi capacidad de obtener tratamiento, ni pago, ni la elegibiidad para beneficios. Entiendo que la informacion sera usada o divulgada en conformidad con esta autorizacion y puede que sea sujeta a un nuevo descubrimiento por el recipiente y posiblemente no siga siendo protegida por Ley Federal o Estatal.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (empleado de BCHC)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representate Legal

\_\_\_\_\_  
La Relacion al Paciente, si es firmado por otra persona en Lugar del Paciente