

## La Autorización para la Liberación de Información Protegida De Salud (PHI)

<b>Sección A: Esta Sección tiene que estar completo para todas autorizaciones.</b>					
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		Numero del seguro social:	
Dirección del paciente:		Nombre de la persona:			
		Dirección #1:			
		Dirección #2:			
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Esta autorización se termina después de: (Empiece con la fecha o el evento pero no los dos.)			Una copia de autorización para la Liberación de información Protegida de Salud se ha dado al paciente:		
<b>Fecha:</b> Esta autorización se termina 180 días después de firmar.		<b>Evento:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Propósito de revelación:</b>					
<b>Descripción de información para usar o revelar</b>					
¿Es esta petición para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, pues esto es el único artículo que pueda pedir en esta autorización. Usted debe presentar otra autorización para otros artículos debajo. <input type="checkbox"/> No, usted puede marcar todos los artículos debajo como necesita.					
Descripción:	Fecha:	Descripción:	Fecha:	Descripción:	Fecha:
<input type="checkbox"/> Toda la información protegida de salud dentro médico récord <input type="checkbox"/> La forma de admisión <input type="checkbox"/> Reportes dictado <input type="checkbox"/> Ordenes del medico <input type="checkbox"/> Admisión/no utilizar <input type="checkbox"/> Una prueba clínico <input type="checkbox"/> Hojas de medicamento		<input type="checkbox"/> Información de operativo <input type="checkbox"/> Laboratorio de Cath <input type="checkbox"/> Tiras de ritmo <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formas de traspaso <input type="checkbox"/> Información de emergencia <input type="checkbox"/> Resumen de parto/reparto		<input type="checkbox"/> Evaluación de OB enfermería <input type="checkbox"/> Hojas después del parto <input type="checkbox"/> Cuenta detallar: <input type="checkbox"/> UB-92: <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> OTRO:	
Reconozco, y aquí consensó, que la liberación de información pueda contener el alcohol, el abuso de la droga, mental de la salud, prueba de la inmunodeficiencia humana (HIV), o resultados de la inmunodeficiencia (AIDS) _____(Iniciales) Si no le aplica, cheque aquí. <input type="checkbox"/>					
Entiendo que:					
1. Puedo negar a firmar esta autorización y que es rigurosamente voluntario. 2. Mi tratamiento, pago, registro o elegible para beneficios pueda que no esta en condición para firmar esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización en escrito a cualquier tiempo, pero si lo hago, pueda que no tenga afecto en cualquier acción antes a recibir la revocación. 4. Si el pudiente o recibido no es un plan de salud o un tratamiento de salud proveedor, la información liberación prueba no ser protegido por la privacidad federal. 5. Entiendo que pueda ver y obtener una copia de la información descrito en esta forma, por un pago de copia razonable, si pregunto por el. 6. Recibo una copia de esta forma después que firmo.					
<b>Sección B: ¿Es el recuento de la liberación de información Protegida de salud (PHI) para el propósito de marketing?</b>					
En caso de que si, el plan de salud o un tratamiento de salud proveedor tiene que completar Sección B, si no salte a Sección C.					
¿Desea el receptor recibir financiero o en tipo indemnización por intercambio en usar o divulgar esta información?					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso de que si, describir:					
<b>Sección C: Firmas</b>					
Entiendo encima de y autorizo la revelación de la información protegida de salud como dicho.					
Firma del paciente o representante del paciente:				Fecha:	
Marque el nombre del paciente/representante del paciente:				Relación del paciente/ representante del paciente:	

# Las Colinas Medical Center

Attn: HIM  
 6800 N. MacArthur Blvd. • Irving, TX 75039  
 (972) 969-2945 • Fax (972) 969-2186

## La Autorización para La Liberación de Información Protegida de Salud (PHI)

PATIENT LABEL

## La Autorización para la Liberación de Información Protegida De Salud (PHI)

<b>Sección A: Esta Sección tiene que estar completo para todas autorizaciones.</b>					
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		Numero del seguro social:	
Dirección del paciente:		Nombre de la persona:			
		Dirección #1:			
		Dirección #2:			
		Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Esta autorización se termina después de: (Empiece con la fecha o el evento pero no los dos.)			Una copia de autorización para la Liberación de información Protegida de Salud se ha dado al paciente:		
<b>Fecha:</b> Esta autorización se termina 180 días después de firmar.		<b>Evento:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Propósito de revelación:</b>					
<b>Descripción de información para usar o revelar</b>					
¿Es esta petición para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, pues esto es el único artículo que pueda pedir en esta autorización. Usted debe presentar otra autorización para otros artículos debajo. <input type="checkbox"/> No, usted puede marcar todos los artículos debajo como necesita.					
Descripción:	Fecha:	Descripción:	Fecha:	Descripción:	Fecha:
<input type="checkbox"/> Toda la información protegida de salud dentro médico récord <input type="checkbox"/> La forma de admisión <input type="checkbox"/> Reportes dictado <input type="checkbox"/> Ordenes del medico <input type="checkbox"/> Admisión/no utilizar <input type="checkbox"/> Una prueba clínico <input type="checkbox"/> Hojas de medicamento		<input type="checkbox"/> Información de operativo <input type="checkbox"/> Laboratorio de Cath <input type="checkbox"/> Tiras de ritmo <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formas de traspaso <input type="checkbox"/> Información de emergencia <input type="checkbox"/> Resumen de parto/reparto		<input type="checkbox"/> Evaluación de OB enfermería <input type="checkbox"/> Hojas después del parto <input type="checkbox"/> Cuenta detallar: <input type="checkbox"/> UB-92: <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> OTRO:	
Reconozco, y aquí consensó, que la liberación de información pueda contener el alcohol, el abuso de la droga, mental de la salud, prueba de la inmunodeficiencia humana (HIV), o resultados de la inmunodeficiencia (AIDS) _____ (Iniciales) Si no le aplica, cheque aquí. <input type="checkbox"/>					
Entiendo que:					
1. Puedo negar a firmar esta autorización y que es rigurosamente voluntario. 2. Mi tratamiento, pago, registro o elegible para beneficios pueda que no esta en condición para firmar esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización en escrito a cualquier tiempo, pero si lo hago, pueda que no tenga afecto en cualquier acción antes a recibir la revocación. 4. Si el pudiente o recibido no es un plan de salud o un tratamiento de salud proveedor, la información liberación proba no ser protegido por la privacidad federal. 5. Entiendo que pueda ver y obtener una copia de la información descrito en esta forma, por un pago de copia razonable, si pregunto por el. 6. Recibo una copia de esta forma después que firmo.					
<b>Sección B: ¿Es el recuento de la liberación de información Protegida de salud (PHI) para el propósito de marketing?</b>					
En caso de que si, el plan de salud o un tratamiento de salud proveedor tiene que completar Sección B, si no salte a Sección C.					
¿Desea el receptor recibir financiero o en tipo indemnización por intercambio en usar o divulgar esta información?					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso de que si, describir:					
<b>Sección C: Firmas</b>					
Entiendo encima de y autorizo la revelación de la información protegida de salud como dicho.					
Firma del paciente o representante del paciente:				Fecha:	
Marque el nombre del paciente/representante del paciente:				Relación del paciente/ representante del paciente:	

# Las Colinas Medical Center

Attn: HIM  
 6800 N. MacArthur Blvd. • Irving, TX 75039  
 (972) 969-2945 • Fax (972) 969-2186

## La Autorización para La Liberación de Información Protegida de Salud (PHI)

PATIENT LABEL