

FRANCIS M. GUMBEL, M.D., P.A.
26 S. CORIA ST., STE. B
BROWNSVILLE, TX 78520
PHONE (956) 546-4234 FAX (956) 546-5806

Autorización para el acceso a la Información Protegida de la Salud

De acuerdo con los requisitos del acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico (HIPAA), esta forma de autorización da a FRANCIS M. GUMBEL, M.D., P.A. permiso familiar de adquirir, utilizar o lanzar la información especificada de la salud para el tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado medico.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE SERVICIO(S): _____ NUMERO SOCIAL: _____ -- _____ -- _____

La información se puede divulgar a: (Nombre, Dirección, Teléfono y Numero de Fax)	FRANCIS M. GUMBEL, M.D.
La información puede ser divulgada por: (Nombre, Dirección, Teléfono y Numero de Fax)	
Propósito para el Uso/Revelación:	Continuación De Cuidado Médico

Información médica que se divulgará y/o fotocopia incluye:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mi Expediente Médico (completo)
<input type="checkbox"/> Progress Notes
<input type="checkbox"/> Reportes de Radiografías
<input type="checkbox"/> Fotografías, Videos, Imágenes Digitales u Otros Medios
<input type="checkbox"/> Otra Información (Especificar): _____ | <input type="checkbox"/> Historia y Exámen Físico
<input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio
<input type="checkbox"/> Reportes de Patología |
|---|---|

Yo autorizo por este medio a divulgar las copias de cualquier expediente medico, que pueden incluir la **dependencia de drogas, el abuso de alcohol, abuso físico, enfermedades mentales, SIDA**, otras condiciones médicas e información social.

Estoy conciente de que tengo el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a **FRANCIS M. GUMBEL, M.D., P.A. departamento de archivo médico**. También se que información usada o divulgada antes de que esta autorización pueda ser sujeta a una nueva divulgación por mi o la persona que recibió la información ya no sera protegida por la ley federal o estatal.

Tratamiento, pago de inscripción o elegibilidad para beneficios no pueden estar condicionadas a la obtención de esta autorización.

Mi permiso es sólo en vigencia hasta la fecha o evento siguiente:

- _____ (Fecha de caducidad o en el evento de), o
 Final del estudio de la investigación (uso o divulgación es para la investigación).

La autorización caducará un año desde la fecha de la firma si no se proporciona la fecha.

Fecha: _____ Hora: _____

Firma del Paciente o Representante Legal

(Relación al Paciente)

Firma del Testigo

Fecha