



Health Center of Southeast Texas



307 N William Barnett Ave
Cleveland, Texas 77327
(P) 281-592-2224
(F) 281-592-2225

11 Woodland Park Dr
Shepherd, Texas 77371
(P) 936-628-1100
(F) 936-628-1188

1202 N Travis St
Liberty, Texas 77575
(P) 936-334-1185
(F) 936-391-3000

204 West Park Drive Ste 200
Livingston, Texas 77351
(P) 936-327-4660
(F) 936-327-4661

871 County Road 3549
Cleveland, TX 77327
(P) 832-678-5032
(F) 346-414-3097

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA DIVULGAR REGISTROS DE SALUD MENTAL

Nombre de Paciente: _____

Nombre del padre/tutor si el paciente es menor de edad: _____

Dirección del paciente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Registros publicados desde:

Nombre del Doctor: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Liberar Registros A: Uno Mismo

Nombre del médico/Nombre de la entidad: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Finalidad o necesidad de la información solicitada: *Atención Continua* _____ *Aseguranza* _____ *Legal* _____
Transferir _____ *Personal* _____

Todo Registro Informes de laboratorio/informes de rayos X más recientes registros de facturación Otro
(especificar, tratamiento o evaluaciones de abuso de sustancias/registros de psiquiatría, registros de salud mental)

Entiendo que este consentimiento es voluntario y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento (excepto en la medida que ya se han tomado medidas basadas en este consentimiento) mediante comunicación escrita, fechada y firmada. Este el consentimiento permanecerá vigente no más de noventa (90) días a partir de la fecha en que firmé este consentimiento. También entiendo que mis registros médicos pueden incluir información sobre salud mental, información sobre drogas/alcohol y/o información sobre el VIH.

Entiendo que mis registros están protegidos por las normas federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes de Alcohol y Drogas § 42 CFR Parte 2, §33 de la Ley Pública 91-616 modificada por la Ley Pública 93-282, el Código de Seguridad de la Salud de Texas §81.103 y el Capítulo 611, y el Código Administrativo de Texas §54.705 y todas las demás leyes, normas y reglamentos estatales y locales de aplicación, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que se estipule dentro de estas leyes o reglamentos. Cuando mi información sea demandada por divulgada de conformidad con esta autorización, o puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la regla federal de privacidad HIPAA.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego, los registros identificados NO se divulgarán.
Ya sea que firme o me niego a firmar, mi tratamiento no se verá afectado.

Por la presente autorizo la divulgación de toda la información de salud protegida necesaria indicada a la entidad divulgada anteriormente.
Deseo que se envíen lo antes posible.

Firma del paciente (padre/tutor): _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____