



### Autorización para Divulgación/Solicitud de Información de Salud Protegida (PHI)

**Cargo por pago anticipado:** Hay un cargo por pago anticipado de \$10 por niño para enviar por fax los registros electrónicos y de \$25 por niño para imprimir los registros y recoger en la oficina, de acuerdo con el Código de Salud y Seguridad de Texas §241.154. (Opción B a continuación)

Información del paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre Fecha de Nacimiento Número de teléfono

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

\_\_\_\_ Autorizo a Austin Health Partners y Neighborly MD para **liberar (transferir) información a:**

\_\_\_\_ Autorizo a Austin Health Partners y Neighborly MD para **obtener (transferir) información a:**

\_\_\_\_ Nombre del proveedor o centro/o nombre de los padres

\_\_\_\_ Nombre del proveedor o centro/o nombre de los padres

\_\_\_\_ DIRECCIÓN

\_\_\_\_ DIRECCIÓN

\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal

\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal

\*Número de fax (DEBE incluirse junto con el código de área)\*  
\*Se debe incluir el número de fax para procesar la solicitud\*

\*Número de fax (DEBE incluirse junto con el código de área)\*  
\*Se debe incluir el número de fax para procesar la solicitud\*

**Seleccione la opción que mejor se adapte a sus necesidades para transferir registros:**

**Opción A** (registros enviados electrónicamente, cargo de \$10)    **Opción B** (registros impresos y recogidos en la oficina, se requiere un cargo de \$25)

**MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN (Elija solo una opción):**

Tratamiento/Cuidado Continuo del Paciente    Uso personal    Abogado/Legal    Seguro

**Autorización de firma:** He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información como se describe.

\_\_\_\_ Firma del Representante Individual o Legal Autorizado

\_\_\_\_ Fecha

Relación con la persona: Padre del menor    Tutor    Otro

Se requiere la firma de una persona menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluida, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de cuidado reproductivo, enfermedades de transmisión sexual y tratamiento de abuso de drogas, alcohol o sustancias y salud mental (Ver, por ejemplo, Código Fam. de Texas § 32.003).

\_\_\_\_ Firma del menor

\_\_\_\_ Fecha

De acuerdo con la ley estatal y los requisitos de las agencias reguladoras, el expediente médico es propiedad de Austin Health Partners. HIPAA y Texas Health & Safety Code § 181.001 debe obtener una firma autorización de la persona o representante legalmente autorizado para divulgar electrónicamente la información de salud protegida de esa persona. No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, pagos, operaciones de atención médica, realizar una función de organización de mantenimiento de salud o de seguros, o según lo autorice la ley.



(512) 808-0190



(512) 808-0196



6701 FM 685, Suite 600, Pflugerville, TX 78660



frontdesk@neighborlydocs.com

