



Cedar Park Pediatric & Family Medicine
Complete Medical Care for your Family

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) 336-2777



(512) 336-2778



345 Cypress Creek Rd. Suite 104 Cedar Park, TX 78613



info@cedarparkdoctors.com

