



Medical Clinic of Houston L.L.P.
Medical Records and X-Ray Release Authorization Form
SUNSET CLINIC/MEDICAL CENTER

1701 Sunset Boulevard
Houston, Texas 77005-1713
(713) 526-5511 (Main Line)
(713) 526-0451 (Medical Records Fax) / (713) 524-2256 (Radiology Fax)

Yo autorizo _____
nombre del doctor

Para obtener información medica de _____
apellido nombre segundo nombre

Para: _____
nombre/dirección de la persona/organización que desea mandar la información

Teléfono # _____ Fax # _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de Segure Social # _____ MCH # (si lo sabe) _____

Proposito de la Información

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abogado/Legal | <input type="checkbox"/> Aprobación de la aseguranza y poliza | <input type="checkbox"/> Doctores que no acepta mi aseguranza |
| <input type="checkbox"/> Proceso de la aseguranza | <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador | <input type="checkbox"/> Continuar el cuidado del paciente (Por favor, poner la especialización) |
| <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Revisión de los records medicos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mover | <input type="checkbox"/> Segunda opinión | |
| <input type="checkbox"/> Referencia | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

Por favor, marcar el dia y la fecha que necesita el record _____

Información que se va ha entregar

Federal Regularización (42CFR Parte 2) y la ley de Texas artículo 4495B, Sección 5.08

Copia (Completa) del record de salud. (Información obtenida en el curso de tratamiento de otros hospitals, doctores y clinicas en otras instituciones medicas no seran incluidas solamente que lo seleccion en la parte de abajo.)

Solamente records específicos:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas del laboratorio del doctor | <input type="checkbox"/> ECG/Non-Invasive Cardiology Reports | <input type="checkbox"/> Reporte del laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Negativos de Rayos X | <input type="checkbox"/> Reporte de Rayos X | <input type="checkbox"/> Especifique fecha de servicio _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Copias de records de otras instituciones del cuidado de salud que no tenemos en MCH | | |

Informacios Sensitiva Concerniente a Diagnostis Tratamiento de la Enfermedad Immunicifiente Adquirida (HIV) Enfermedades sexuals trasmitidas, condiciones mentales, y (o) abuso de drogas y alcohol solo podría ser obtenida firmando aqui.

X _____

Yo entiendo que el consentimiento puede ser negado en cualquier momento, y que la informacion hecha de buena fe, ha sido pedido en este consentimiento. Yo entiendo que la infomación obtenida es solo para razones específicas explicadas arriba y no debe proveerse a ninguna otra agencia organización o persona.

Yo entiendo que la correspondencia, instrucciones de alta paciente e informacion de otros proveedores de salud no sera entregada sin este requerimiento a menos que se pida específicamente este consentimiento se vence en 90 dias de despues de la fecha y la firma de MCH L.L.P. sus empleados socios y doctores que atienden estan fuera de cualquier responsibilidad legal.

Firma X _____ **Fecha** _____

Testigo X _____ **Fecha** _____

* Si el paciente no puede firmar este concentimiento proveera una carta poder, declaración de hiership o la copia de la acta de difusion si ha fallecido.

Yo entiendo que mi informacion medica contiene reportes resultados de pruebas y notas que solo un doctor puede interpretar.

Yo entiendo que he sido avisado que puedo contractar a mi doctor referente a mi informacion medica para prevenir cualquier mal entendamiento escrito sobre mi informacion medica.

Yo no culpare ha MCH L.L.P. por un mal entendimiento de la informacion mia, por no consultar mi doctor por la interpretacion correcta.

Firma de paciente x _____ **Fecha** _____

* Cargos—Pagos deberan cumplirse con regularizaciones de la ley applicable en obtencion de informacion medica