

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo el uso o la divulgación de la información desde el historial médico de:

Nombre de la paciente _____ fecha de nacimiento _____

Seguridad social # _____

Autorizo la siguiente individuo u organización a revelar lo anterior llamado información sobre la salud del individuo:

_____ Dirección: _____

Para: El Dr. Celeste Sheppard
Hill Country la medicina fetal
4100 Duval Road, Bldg. 2, Suite 201
Austin, TX 78759
FAX 512/339-1011.

_____ Todos los registros disponibles

_____ Todos los registros en los últimos 12 meses

_____ Todos los registros de laboratorio

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si yo revocar esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a la persona o la organización de liberación de información. Tengo entendido que la revocación no se aplicará a la información ya publicada en respuesta a esta autorización. Tengo entendido que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley proporciona mi asegurador con derecho a impugnar una reclamación en virtud de mi política. A menos que lo contrario revocado, esta autorización expira al término de esta solicitud o en la fecha siguiente:

_____.

Paciente firma fecha

Nombre impreso del paciente