



**AUTORIZACION DEL PACIENTE
TRATAMIENTO ACONDICIONADO A LA DIVULGACION
A TERCERAS PERSONAS**

Nombre del paciente: _____ Archivo medico # _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono # _____

Domicilio del Paciente _____

Ultimos cuatro números del Seguro Social # XXX-XX- _____

Fecha aproximadamente de tratamiento: _____

1. Yo autorizo a este proveedor de salud o institución a **divulgar** la información del paciente:

__ Clínica: _____

__ Proveedor Específico _____

__ Algún otro: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Domicilio: _____

2. Yo autorizo a esta persona (s) e Organización a **recibir** la información del paciente:

Kenneth G. Berliner, M.D.

4710 Katy Freeway

Houston, TX 77007

Ph# 713-936-5735 Main Fax # 832-538-0366 or Fax# 832-203-7121

3. Favor de divulgar la siguiente información: (Hacer un círculo para indicar su selección)

Historia Medica	Evaluación Psicológica	Dado de alta
Reportes de Educación	Tratamiento	Historia Psicológica
Reportes de Laboratorio	Consultas	Vacunas
Reportes de la Clínica		
Otra Información:	_____	

4. El propósito para esta divulgación de su expediente como paciente es: _____

5. Yo entiendo que si la persona autorizada que reciba esta información no es un proveedor de salud, o si no esta cubierto bajo un plan de salud en las leyes federales, entonces la información que esa persona reciba no estará protegida por esos reglamentos, y que entonces esa persona puede divulgar la información. Sin embargo la persona que reciba la información se le prohíbe que divulgue información sobre abuso de drogas, esto es bajo la ley Federal, Requisitos Confidenciales de Abuso de Substancias y Drogas.

6. Yo entiendo que si no firmo la autorización, El Grupo Ortopédico Lonestar no hará el _____ que yo estoy pidiendo. Yo puedo revisar o sacar una copia cualquier información utilizada o divulgada bajo esta autorización.
7. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización cuando yo guste, siempre que sea por escrito, y enviándola al siguiente domicilio:

Lonestar Orthopedics
4710 Katy Freeway
Houston, Texas 77007

Yo entiendo que mi revocación no será puesta en efecto hasta cierto punto cuando ya que sea respaldada por esta autorización. Esta autorización termina: (Indicar cual)
_____ un año después de esta fecha _____ Solo por esta vez únicamente

Nombre del Paciente Firma del Paciente o representante Fecha

Nombre del Representante

Si Usted esta firmando como representante, describa con que autoridad puede representar a esta persona, y agregue el documento que lo autoriza.

Documento que comprueba la autorización: _____

Nombre del Testigo Firma del Grupo Lonestar Fecha

(No es necesario notarizarlo si la persona se presenta en persona al Grupo de Lonestar, y presenta su identificación.)

SUBSCRIBED AND SWORN before me this ____ day of _____, 20____.

NOTARY PUBLIC

Residing in _____

My Commission expires: _____

**Authorization documented in HIPAA Management Application.
Lone Star Orthopedics Staff: After processing, place this form into the patient's medical record.**