

Texas Perinatal Group
911 W. 38th Street, Suite #201
Austin, Texas 78705
(512) 459-1131

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
A FAMILIARES Y AMIGOS**

Autorizo a la clínica a hablar sobre fechas y horarios de consultas; lugar; historia clínica; diagnóstico; tratamiento; pronosis; información financiera y de seguro, y facturación con las personas en la lista de abajo. Comprendo que el proveedor de atención médica de mi hijo o mía usará su criterio para determinar si debe compartir esta información con el objetivo de fomentar la continuidad de la atención. La divulgación de copias de los registros médicos requerirá una autorización firmada de cumplimiento con el HIPAA. Este permiso será considerado vigente hasta que indique lo contrario por escrito.

La información médica protegida podría entregarse a los siguientes individuos:

1. _____
2. _____
3. _____

___ **Si** ___ **No** El personal de la clínica tiene mi permiso para dar a conocer la información médica personal de mi hijo o mía a miembros de la familia u otros que estén en la sala conmigo/con nosotros durante la consulta.

El personal de la clínica tiene mi permiso para dejar mensajes respecto del tratamiento (como resultados de análisis clínicos) en mi: (Marque todas las que correspondan)

___ Mensaje de voz en el hogar o Contestador automático Número del teléfono del hogar: _____

___ Teléfono móvil: Número de teléfono móvil: _____

___ Mensaje de voz en el trabajo Número de teléfono del trabajo: _____

___ **NINGUNA INFORMACIÓN:** No autorizo la divulgación de información verbal (fuera de recordatorios de consultas al número que he indicado).

Nombre del paciente en imprenta

*Nombre en imprenta del representante autorizado

Firma del paciente/representante autorizado del paciente

Fecha de la firma

Autoridad* del representante autorizado para actuar en representación del paciente:

o Padre/tutor legal

o Poder de representación

•Se debe brindar evidencia de autoridad y dejar constancia en la clínica.