



## Formulario de Consentimiento para divulgar historia clínica

Proveedor de Cuidados Médicos     Familiar/Amigo     Poder Notarial

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Facsímil: \_\_\_\_\_

Con mi firma doy autorización para que se divulgue información de salud confidencial sobre mí, a través de copias de mis expedientes médicos, o un resumen o narrativa de mi información de salud protegida.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Descripción de la información específica a divulgar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorizo que se divulgue mi información de salud protegida a la(s) siguiente(s) persona(s) / entidades:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Facsímil: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Las razones o propósitos de esta autorización para divulgar información son los siguientes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comprendo que se brindará esta información dentro de los 15 días de recibir la solicitud y que puede que se cobren cargos por preparar y enviar esta información, de acuerdo con las reglas establecidas por la "Texas State Board of Medical Examiners".

El Paciente autoriza que se proporcionen tales documentos:

por correo postal     en mano     vía facsímil

Si el paciente desea revocar la autorización para divulgar información médica, debe hacerlo por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o representante legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha