



Centro principal
551 HILL COUNTRY DRIVE
KERRVILLE, TEXAS 78028
(830)896-4200

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_

A divulgar a: PETERSON HEALTH

Enviar por fax a: [ ] Departamento de Administración de Información de la Salud/Registros Médicos: 830-258-7489

[ ] Departamento de Emergencias: 830-258-7690

[ ] Audrey Cortez, RN, BSN, MSN; Director de Experiencia del Paciente: 830-258-7841

[ ] Otro fax: \_\_\_\_\_

Atención a: \_\_\_\_\_

Propósito de la solicitud de información: Atención médica en PETERSON HEALTH

[ ] En el hospital [ ] En el Departamento de Emergencias [ ] Clínica/Cirugía HOSPIT./AMBUL.

[ ] Otro: \_\_\_\_\_

De acuerdo con las regulaciones de HIPAA, no se necesita autorización del paciente para su atención ni para las intervenciones hospitalarias (como el control de calidad interno y la auditoría).

INFORMACIÓN SOBRE:

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

APELLIDO DE SOLTERA/OTROS NOMBRES \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ N.º DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

Información médica relacionada con:

[ ] Visitas/Fechas de prestación de servicio entre \_\_\_\_\_ (fecha) y \_\_\_\_\_ (fecha).

[ ] Condiciones médicas o tratamiento relacionado con: \_\_\_\_\_

Información a divulgar:

\_\_\_ H&P/Resúmenes de alta/Consultas \_\_\_ Radiología/Informes de \_\_\_ Informes de laboratorio

\_\_\_ Informes de cirugía y patología \_\_\_ imaginología \_\_\_ EEG/Informes

\_\_\_ Informes del Departamento de \_\_\_ Radiología/Placas/CD \_\_\_ neurológicos

Emergencias \_\_\_ Informes pulmonares \_\_\_ Registro prenatal

\_\_\_ Informe de autopsia/Certificado \_\_\_ ECG/Ecocardiogramas/Pruebas de la función

de defunción cardiopulmonar

\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Firma del paciente/Representante del paciente

Fecha

Relación con el paciente