

# StDavid's HEART & VASCULAR

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

PARA ST. DAVID'S HEART AND VASCULAR

Enviar Fax al: 512-807-3399

**HISTORIAL MÉDICO SOLICITADO A INSTITUCIÓN O DOCTOR:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo la divulgación de cualquier información de mi expediente médico como estime St. David's Heart and Vascular para mi cuidado cardiológico. Entiendo que esta información divulgada puede contener exámenes o pruebas médicas, diagnósticos y/o tratamiento para el VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, desórdenes psiquiátricos o mentales, abuso de drogas y/o de alcohol. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar dicho documento. Yo entiendo que el trato que recibo de Austin no cambiará si me niego a firmar esta autorización.

**Información a ser divulgada:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Exámenes Físicos         | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso Médico | <input type="checkbox"/> Informa de Alta Médica                           |
| <input type="checkbox"/> Consultas Médicas        | <input type="checkbox"/> Informes Operativos      | <input type="checkbox"/> Reportes de Cateterizaciones Cardíacas           |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de Esfuerzo      | <input type="checkbox"/> Electrocardiogramas      | <input type="checkbox"/> Monitores Holter/ Monitores de Eventos Cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorios | <input type="checkbox"/> Radiografía del Pecho    | <input type="checkbox"/> Radiología                                       |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiogramas          | <input type="checkbox"/> Escáner Nuclear          | <input type="checkbox"/> Reportes Vasculares                              |
| <input type="checkbox"/> Polisomnografía          | <input type="checkbox"/> Estudio del Sueño        | <input type="checkbox"/> Procedimientos Electrofisiólogos                 |

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Especifique Fecha del Servicio: \_\_\_\_\_

\*Nota: Si no especifica la fecha, se solicitará la información más reciente disponible en su expediente médico.

Esta autorización no vence. Se puede revocar pero no retroactivamente en historial médico ya recibidos de buena fe.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Padre/ Tutor Legal/ Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo**