

# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE/ AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION

Nombre del paciente/Name of Patient: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono/Phone Number: \_\_\_\_\_  
Otros nombres/Other Names Used: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento/Date of Birth: \_\_\_\_\_

Yo, el que suscribe, autorizo la divulgación o solicito que se brinde acceso a la información detallada a continuación incluida en la(s) historia(s) clínica(s) del paciente mencionado anteriormente./ I, the undersigned, authorize the release of or request access to the information specified below from the medical record(s) of the above-named patient.

## SE REQUIERE INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA/PATIENT INFORMATION IS NEEDED FOR: PATIENT INFORMATION IS NEEDED FOR: (Elija una opción/Please select one option)

- Atención médica continuada/Continuing Medical Care     Militar/Military     Seguro/Insurance  
 Fines legales/Legal Purposes     Otros/Other: \_\_\_\_\_

FECHA(S) DE TRATAMIENTO/DATE(S) OF TREATMENT: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ O A LA CUAL SE PODRÁ ACCEDER/INFORMATION TO BE RELEASED OR ACCESSED:

- Consultación y Notas Médico/Consultation & Medical Notes     Informes de Radiología/Radiology/Imaging Reports  
 Informes operativos/prueba/Operative/Procedure Reports     Otros/Other: \_\_\_\_\_  
 Informes de laboratorio/patología/Lab/Pathology Reports

## FORMATO PARA LA INFORMACIÓN/FORMAT FOR INFORMATION:

X Impreso/Paper

## MÉTODO DE ENTREGA/METHOD OF DELIVERY:

X Enviar por correo postal a la dirección a continuación/Mail to Requesting Address Listed Below

**David A. Stone, DO, PA 3000 S. Hulen Street, Suite 124, Fort Worth, Texas 76109**

Oficina del Doctor

La información indicada anteriormente se puede divulgar a/May release the above information to:

Nombre/Name

Dirección (calle, estado, código postal) /Address (Street, City, State, Zip Code)

Número de teléfono/Phone Number

Comprendo que mi historia clínica es confidencial y no puede divulgarse sin mi autorización escrita, salvo en cuanto la ley lo permita. El destinatario puede volver a divulgar la información que se utilice o divulgue de conformidad con esta autorización, en cuyo caso es posible que ya no sea información protegida. Entiendo que la información detallada cuya divulgación autorizo podría incluir, entre otros datos: antecedentes, diagnósticos o tratamientos de abuso de drogas o alcohol, y enfermedades mentales o contagiosas, lo que incluye el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Entiendo que el tratamiento o el pago no pueden estar condicionados al hecho de que yo firme esta autorización, excepto en determinadas circunstancias, como en el caso de participar en programas de investigación o de autorizar la divulgación de resultados de pruebas para la preselección laboral. Entiendo que podré revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan realizado acciones en virtud de dicha autorización. Entiendo que se me puede cobrar una tarifa por el procesamiento o la recuperación de las copias de mis historias clínicas, de conformidad con la ley que regula de Texas. Esta autorización vencerá después de ciento ochenta (180) días de la fecha de mi firma, a menos que yo mismo la revoque antes de dicha fecha o que se especifique lo contrario por fecha, evento o condición de la siguiente manera: \_\_\_\_\_

Firma/Signature: Paciente o representante legalmente autorizado/  
Patient or Legally Authorized Representative

Nombre del paciente o del representante legalmente autorizado    Fecha/Date  
en letra de imprenta/Printed Name of Patient or Legally Authorized Representative

For Office Use: MRN/Acct #

Relación con el paciente/Relationship to Patient

TRI-COUNTY  
*surgical*  
PARTNERS  
DAVID A. STONE, DO

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION

Page 1 of 1  
Version 1/2023