



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

**AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
SOBRE LA SALUD**

Autorizo la divulgación de mi información personal de salud (PHI) a las personas o entidades que se describen a continuación. Comprendo que esta autorización es voluntaria y para confirmar mis instrucciones. Entiendo que una vez que la información sea divulgada, se puede volver a conocer y ya no estar protegida por normas federales de privacidad a menos que la información se divulgue a otra entidad que cae bajo normativas de la HIPAA. Por medio de la presente doy permiso para North Texas Ob-Gyn Asociados para revelar mi PIS en la forma descrita en el presente documento.

PHI PUEDE SER REVELADA A:	
Persona:	NO de teléfono:
Dirección:	
Persona:	NO de teléfono:
Dirección:	
Persona:	NO de teléfono:
Dirección:	
Por favor, indique su médico de Atención Primaria (PCP) y/o de cualquier otro doctor que usted quisiera tener información para:	
Servicio médico:	NO de teléfono:
Dirección:	Fax #:
Servicio médico:	NO de teléfono:
Dirección:	Fax #:
Servicio médico:	NO de teléfono:
Dirección:	Fax #:

Derecho a revocar: comprendo que puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Yo entiendo mi revocación no afectará a las divulgaciones que ocurrieron antes del Norte de Texas Ob-Gyn asociados reciben y procesan una notificación escrita de revocación. Entiendo que esta autorización caducará un año a partir de la fecha de la firma a continuación. Para revocar esta autorización, entiendo que tengo que enviar una solicitud por escrito al Norte de Texas Ob-Gyn Asociados, ATTN: Privacy Officer, 328 W. Main, Lewisville, TX 75057.

RECONOCIMIENTO

Por favor, inicie sesión y fecha:

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de la presente autorización y me confirman que los contenidos están en consonancia con mi dirección para Norte de Texas Ob-Gyn guardamos información asociados a liberar su PHI.

Firma del paciente o Representante Legal _____ Fecha