



New Horizon Health Center

Autorización para el uso y divulgación de Información Privada/Protegida de Salud

Individuo/Paciente (Nombre e información de la persona cuya información médica protegida se está divulgando.)

Nombre Fecha de Nacimiento

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal) Número de Teléfono

Solicito que la información sea divulgada ☐ A / ☐ DE :

New Horizon Health Center 191 E. Price Rd, Brownsville, TX 78521

Telephone: (956) 548-7400 Fax: (956) 621-3689

Solicito que la información sea divulgada ☐ A / ☐ DE :

Nombre de Proveedor(a) o Centro de Salud Número de Teléfono

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal) Número de Fax

Propósito(s) (Debe marcar al menos una casilla a continuación).

- | | |
|---|--|
| ☐ Solicitud legal/de abogado | ☐ Propósitos de seguro |
| ☐ Continuidad de atención médica | ☐ Uso personal |
| ☐ Otro motivo – Por favor indique: | ☐ Solicitud de servicios federales, estatales o locales |

Descripción de la información a divulgar

- | | |
|--|--|
| ☐ Historial médico completo (incluye análisis de laboratorio y vacunas) | ☐ Análisis de laboratorio |
| ☐ Fecha(s) específica(s) de servicio: _____ | ☐ Consulta de niño sano |
| ☐ Registros de salud mental | ☐ Registro de vacunas |
| ☐ Instrucciones especiales: | |

Yo entiendo que autorización en escrito se requiere para divulgar toda la información de salud protegida/privada en relación a exámenes, diagnóstico, y tratamiento para HIV/SIDA (AIDS VIRUS), enfermedades sexuales transmisibles, exámenes genéticos, trastornos psiquiátricos, salud mental, y abuso de alcohol y drogas. Si se me han hecho análisis de laboratorio, diagnóstico, o se me ha tratado por cualquiera de estas condiciones usted está específicamente autorizado a divulgar toda la información sobre mi salud relacionada a esta diagnóstico, exámenes y/o tratamientos. _____ Iniciales del Paciente

Mi permiso solo estará vigente hasta la siguiente fecha o evento: _____

Entiendo que tengo el derecho a renunciar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, enviando tal notificación al departamento de Expedientes Médicos o la Oficina de Privacidad. Comprendo que si no firmo esta Autorización no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, ni pago, ni la elegibilidad para beneficios. Entiendo que la información será usada o divulgada en conformidad con esta autorización y puede que sea sujeta a un nuevo descubrimiento por el recipiente y posiblemente no siga siendo protegida por Ley Federal o Estatal. **Esta autorización expirará un año después de la fecha de firma, a menos que se indique lo contrario.**

Firma del paciente o representante legal Fecha Testigo (Empleado de NHHC)

Nombre del paciente o representante legal Relación al paciente, si es firmado por otra persona