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: 830-258-6719
- ❑ 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
____ Informes de cirugía y patología
____ Informes del Departamento de Emergencias
____ Informe de autopsia/Certificado de defunción
____ Radiología/Informes de imaginología
____ Radiología/Placas/CD
____ Informes pulmonares
____ ECG/Ecocardiogramas/Pruebas de la función cardiopulmonar
____ Informes de laboratorio
____ EEG/Informes neurológicos
____ Registro prenatal
____ Otro _____

_____ _____
Firma del paciente/Representante del paciente Fecha

_____
Relación con el paciente