

**Luis A. Lopez, MD, PA**  
**Little Buddies Pediatric Clinic**



13032 Nacogdoches Rd, Suite 211,  
San Antonio TX, 78217  
Teléfono: 210 650-0814 Fax: 210-650-0926  
E-mail: lbpediatrics@yahoo.com

Autorización para el Uso y Divulgación de Información de salud protegida

**Información de Paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo ( ) Recoger ( ) Fax ( )

Por favor transfiera información de ( ) a ( ):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor suelte información de ( ) a ( ):

Luis A. Lopez, MD, FAAP  
13032 Nacogdoches Rd, Ste 211  
San Antonio, TX 78217  
Teléfono: (210)-650-0814 Fax: (210)-650-0926

**Información para ser divulgada:**

- ( ) Todos registros médicos ( ) Registros de hospital ( ) Reportes de laboratorio  
( ) Record de vacunas ( ) Reportes de radiología ( ) Nota de progreso  
( ) Notas de tratamiento de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Propósito de divulgación:**

- ( ) Transferencia de cuidado ( ) Propósito de facturación y seguro  
( ) Otro: \_\_\_\_\_

**Droga/Alcohol/Psiquiátrico/VIH/El SIDA Divulgación de record médico**

Entiendo que la información solicitada puede contener referencia o resultados de la prueba del Virus del VIH/SIDA o tratamiento, así como información acerca de drogas, abuso de alcohol, psiquiátricos diagnóstico y tratamiento, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades infecciosas como la Hepatitis B o C y otra información sensible. **Autorizo la entrega de tal información a la parte indicada, a menos que prohibido en mis instrucciones anteriores.**

**Límite de Tiempo y el Derecho de Revocar Autorización**

Excepto en la medida en que ya se han tomado medidas en la confianza en esta autorización, en cualquier momento puedo revocar esta autorización **presentando una Notificación Por Escrito** a nuestra oficina a la dirección encima. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá 90 (noventa) días después de la fecha de la firma.

**Re-divulgación**

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación por parte del receptor y ya no ser protegido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996. Nuestra oficina, sus empleados, oficiales y Médicos por este medio son liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior a la medida indicada y autorizado aquí.

**Cargo por copiar información solicitada:** Entiendo que pueden haber un cargos por la copia de la información solicitada. Me han informado de esta política y estoy de acuerdo en pagar en consecuencia. \_\_\_\_\_ (Por favor inicial)

**Firma del paciente o representante legal que autoriza divulgación:**

Yo entiendo que no tengo que firmar esta autorización, y mi tratamiento o pago de servicios no será negada si no firmo esta forma. Puedo recibir una copia de la Información de Salud Protegida para ser utilizada y divulgada. Autorizo Little Buddies Pediatric Clinic a utilizar y divulgar la información especificada encima.

Firma: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_