

## AUTORIZACION PARA SOLICITAR Y/O DIVULGAR REGISTROS MEDICOS Y/O DENTALES

Paciente Solicitando Registros Medicos			Fecha:	
Apellido del Paciente:	Primer Nombre:	IN:	Fecha de Nacimiento:	Telefono Preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular (      )
Dirección:	# de apt.	Ciudad:	Estado:	Codico Postal:

**Por la presente autorizo AVENUE 360 HEALTH AND WELLNESS**

PARA SOLICITAR Y/O DIVULGAR A      **Q**       PARA RECIBIR DE:

Nombre de Clinica/Doctor(a) o Persona: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Avenue 360 Solicitando o Liberando Registros (Por favor marque uno):**

- |  |                    |                     |
|--|--------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 2150 W. 18 <sup>th</sup> St., Suite 300, Houston TX 77008 | Ph: (713) 426-0027 | Fax: (832) 649-3944 |
| <input type="checkbox"/> 17010 Sugar Pine Dr., Houston TX 77090                    | Ph: (281) 537-8627 | Fax: (832) 649-3944 |
| <input type="checkbox"/> 902 Frostwood Dr., Suite 142, Houston TX 77024            | Ph: (713) 827-8266 | Fax: (713) 827-0132 |
| <input type="checkbox"/> 1427 Hawthorne St., Houston TX 77006                      | Ph: (713) 341-3790 | Fax: (832) 649-3944 |
| <input type="checkbox"/> 9816 Memorial Blvd., Suite 120, Humble TX 77338           | Ph: (281) 570-2525 | Fax: (832) 649-3944 |
| <input type="checkbox"/> 4405 Griggs Road, Houston TX 77021                        | Ph: (832) 962-4111 | Fax: (832) 649-3944 |
| <input type="checkbox"/> 14095 S. Main St., Houston TX 77035                       | Ph: (832) 830-8345 | Fax: (832) 649-3944 |
| <input type="checkbox"/> 602 Branard St., Houston TX 77006                         | Ph: (713) 523-7110 | Fax: (713) 526-4145 |
| <input type="checkbox"/> 1429 Hawthorne St., Houston TX 77006                      | Ph: (713) 341-3790 | Fax: (281) 822-0169 |

Si desea que todos los registros identificados a continuación se intercambien o divulguen, solo inicialice el espacio en blanco al lado de "Registros Clínicos Completos y I o Registros Dentales Completos", o ponga su inicial (nicamente en los documentos que desee intercambiar y I o divulgar.

<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento y medicamentos	<input type="checkbox"/> Formularios CPCDMS	<input type="checkbox"/> Otros registros como se especifica: _____
<input type="checkbox"/> Informes Operativos	<input type="checkbox"/> Estado/Registros de VIH/SIDA	_____
<input type="checkbox"/> Registros Clínicos Completos	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso	<input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas
<input type="checkbox"/> Registros Dentales Completos	<input type="checkbox"/> Resumen de la Descarga	<input type="checkbox"/> Informes de Radiología
<input type="checkbox"/> Todos los registros de facturación	<input type="checkbox"/> Informes de patología	<input type="checkbox"/> Tratamiento de alcohol y/o drogas
<input type="checkbox"/> Historias y Físico(s)	<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Registros de Psiquiatría
<input type="checkbox"/> Consultas		

**Fecha(s) de servicio:** \_\_\_\_\_

**Propósito de Solicitud:**  Continuo de Cuidado      **Q**       Otro (Por favor especifica): \_\_\_\_\_

**ENTIENDO QUE:**

- 1) La información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas,
- 2) Puedo revocar esta autorización por escrito comunicandome con Avenue 360 Health & Wellness,
- 3) Esta autorización no afectara el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios y
- 4) La información divulgada como resultado de esta autorización podria estar sujeta a una nueva divulgación según lo autoriza la ley y ya no estara protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996.

**FECHA DE CADUCIDAD:**

Esta autorización caducara en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_ o 180 días a partir de la fecha de la firma. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por la persona que otorga la autorización mediante un aviso por escrito y fechado a Avenue 360 Health & Wellness, excepto en la medida en que se haya revelado la información antes de recibir la revocación por Avenue 360 Health & Wellness. Una fotocopia de esta Autorización se considerará válida como original.

**POR FAVOR MARQUE UNO/A:**

Este formulario  fue leído por mí o  me lo leyeron, y entiendo su significado. Todos los espacios en blanco se completaron antes de que el formulario fuera firmado por mí.

Imprimir Nombre de la Persona Autorizada para consentir a la divulgacion de información: \_\_\_\_\_

Firma de la persona autorizada: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

Name of Requesting Provider: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_