



**ANH LEE, MD**  
**1141 Caper Rd**  
**El Paso, TX 79925**

**Phone: 915.351.9000**  
**Fax: 915.351.9041**

### **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA**

Por la presente autorizo a la **Dra. Anh Lee** a distribuir los registros que se enumeran a continuación para la divulgación de información medica protegida

---

**Nombre del Doctor, Hospital, Persona, Instituto, Agencia o Yo misma**

---

**Domicilio**

**Ciudad**

**Estado**

**Código Postal**

**Numero de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Numero de Fax:** \_\_\_\_\_

**Récord Medico Completo**

**Abuso/Dependencia a Sustancias**

**Informe Operativo**

**Tratamiento de Salud Mental/Psiquiátrico**

**Informe de Laboratorio/Patología**

**Información de VIH/SIDA**

**Informe de Radiología**

**Enfermedades de Transmisión Sexual**

**Información relacionada con el cáncer de mama**

**NO** se entregue ninguna parte de mi información médica a:

---

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **NSS:** \_\_\_\_\_

**Firma de paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Persona solicitando récord medico si no es el paciente

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Parentesco con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Este consentimiento es efectiva a partir de la fecha indicada y expirara un ano a partir de la fecha firmada.

Entiendo que puedo revocar esta autorización, en escritura, en cualquier momento, excepto en la medida en que la desocupación se haya hecho antes del tiempo que revoco esta autorización. Entiendo que los recordados de salud/información utilizada o divulgada, pueden ser protegidas por la Portabilidad federal de Seguro de Salud y la Responsabilidad (HIPAA). Además entiendo que es posible que la información descrita anteriormente pueda ser divulgada por el destinatario y ya no pueda ser protegida por HIPAA. Mi firma reconoce que he leído, entiendo y autorizo la divulgación de información anterior. Entiendo que mis recordados pueden ser protegidos bajo la ley estatal y si es así, no puede ser discordes sin mi consentimiento escrito. A menos que se disponga de otra manera en la ley y/o reglamentos.

**La misión por fax o medios electrónicos esta autorizada a analizar la trasferencia de registros**

**Si va a transferir su cuidado médico a otro proveedor, por favor seleccione la cajilla apropiada:**

**Saliendo de la ciudad**     **Insatisfecho**     **Otro, por favor explique** \_\_\_\_\_

