



**HIS Department**  
P: (620) 629-6230 • F: (620) 629-2427

**Southwest  
Medical Center**

315 W. 15th Street, Liberal, KS  
www.swmedcenter.com

## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

***\*IDENTIFICACIÓN CON FOTO ES REQUERIDA\****

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN ACTUAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

Archivos de  Southwest Medical Center  Southwest Professional Physicians

***Por la presente autorizo a Southwest Medical Center o Southwest Professionals Physicians a usar y/o revelar mi información médica de la siguiente manera:***

**REVELARLA A:** \_\_\_\_\_  
Nombre del destinatario Dirección # de Teléfono # de Fax

**PROPOSITO(S) DE LA REVELACION:** \_\_\_\_\_  
Por ejemplo: cuidado adicional, abogado, seguro médico, records personales

**INFORMACIÓN QUE SERA REVELADA:**

<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> Informe de sala de emergencia
<input type="checkbox"/> Notas de mejoría	<input type="checkbox"/> Resumen de alta
<input type="checkbox"/> Informe de laboratorio	<input type="checkbox"/> Órdenes médicas
<input type="checkbox"/> Informe de rayos-x	<input type="checkbox"/> Informe de terapia respiratoria
<input type="checkbox"/> Imágenes Diagnosticas-CD/placas	<input type="checkbox"/> Informe de consulta
<input type="checkbox"/> Informe quirúrgico	<input type="checkbox"/> Otro (especificar)

**FECHAS DE SERVICIO O PERIODO DE TIEMPO DE LOS ARCHIVOS QUE SERAN REVELADOS:** \_\_\_\_\_  
(especifique fechas de servicio exactas, no es aceptable especificar "todas")

Southwest Medical Center, sus empleados y funcionarios, y médicos asistentes por medio de la presente se exime de toda responsabilidad que pueda surgir como resultado de revelar la información antes dicha a la medida indicada y autorizada por la presente. Entiendo que una vez que la información sea revelada de acuerdo con esta autorización, puede ser revelada de nuevo por el destinatario y la información no seria protegida por los reglamentos federales de privacidad.

Entiendo que mis archivos médicos pueden incluir información relacionada a drogas y/o abuso de alcohol, VIH/SIDA, Anemia Drepanocítica, o condiciones de salud mental y por la presente doy autorización de entregar esta información al partido (s) mencionado anteriormente.

Yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto al punto de acción que ha sido tomado en confianza. Entiendo que para revocar esta autorización, debo de hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Archivos Médicos de Southwest Medical Center. Entiendo que la revocación no se aplicara a mi compañía de seguro cuando la ley le proporcione a mi asegurador el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza. Todas las autorizaciones se vencen 6 meses después de la fecha que fue firmada.

Entiendo que no necesito firmar esta forma a fin de asegurar tratamiento del cuidado de salud o pago. Si tengo preguntas acerca de mi información de salud puedo contactar al Departamento de Archivos Médicos en Southwest Medical Center a los números de teléfono o fax enlistados arriba. Entiendo que se me entregara una copia de esta forma de autorización después de firmar.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente si fue firmada por el representante personal

\_\_\_\_\_  
Testigo

Identidad confirmada por: Conocido por el personal \_\_\_\_\_ Licencia de conducir \_\_\_\_\_ Tarjeta de identificación de SWMC \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

