

**FRANCIS M. GUMBEL MD.,PA**  
**26 S CORIA ST STE B**  
**BROWNSVILLE, TX 78520**  
**PH (956)546-4234 FAX (956)546-5806**

**Autorización para el acceso a la Información Protegida de la Salud**

De acuerdo con los requisitos del acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico (HIPPA), esta forma de la autorización da a el DR FRANCIS M. GUMBEL MD.,PA el permiso familiar de adquirir, utilizar o lanzar la información especificada de la salud para el tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado médico.

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

FECHA DE SERVICIO (S) \_\_\_\_\_ NUMERO DEL SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

<b>La información se puede divulgar:</b> (Nombre, Dirección, Teléfono y Numero de Fax)	
<b>La información se puede divulgar cerca:</b> (Nombre, Dirección, Teléfono y Numero de Fax)	
<b>Propósito para el Uso/Revelación:</b>	

**La información médica que se divulgará y/o fotocopió incluye:**

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| _____ Mi expediente Médico completo                               | _____ Historia y Exámen Físico |
| _____ Anotaciones Clínicas  | _____ Reportes de Laboratorio  |
| _____ Reportes de Rayos X   | _____ Reportes de Patología    |
| _____ Fotografías, Videocintas, imagenes digitales u otras medios |                                |
| _____ Otra Información (Especificar) _____                        |                                |

Yo autorizo por este medio a divulgar las copias de cualquier expediente médico, que pueden incluir **la dependencia de drogas, el abuso del alcohol, abuso físico, enfermedades mentales, SIDA**, otras condiciones médicas e información social.

Se que tengo el derecho de retirar esta autorización escrita en cualquier momento enviando tal aviso escrito al DR FRANCIS M GUMBEL MD.,PA al departamento de archivo médico. También se que información usada o divulgada antes de que esta autorización pueda estar conforme a re-acceso por la persona que recibió la información y se pueda proteger no más de largo por la Ley Federal o del Estado.

El tratamiento, la inscripción del pago o la elegibilidad par alas ventajas no se pueden condicionar en la obtención de esta autorización.

Mi permiso está solamente en vigor y efecto hasta la fecha o el acontecimiento siguiente:

- \_\_\_\_\_ (Fecha o acontecimiento de vencimiento de la lista), O
- Final del estudio de la investigación (el uso o el lanzamiento esta para la investigación).

**La autorización expirará un año a partir de la fecha de la firma si no se proporciona ninguna fecha.**

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o (Representante Legal Autorizado)

\_\_\_\_\_  
(Relación a la persona autorizada)

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha