UT MEDICINE SAN ANTONIO
UT HEALTH SCIENCE CENTER™
WE MAKE LIVES BETTER

Autorización para Divulgar Información del Expediente Medico, Consentimiento para Recibir Tratamiento Medico y Asignación de Beneficios

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE MEDICO

Iniciales

_____

Yo concedo autorización para que UT Medicine San Antonio divulgué cualquiera información medica incluyendo diagnosis, rayos equis, resultados de exámenes, reportes y expedientes pertenecientes al tratamiento o examinación otorgados a mi. Entiendo que esta información medica puede ser usada para cualquiera de los siguientes propósitos: diagnostico, seguro medico, legal, y en algunas veces cuando UT Medicine San Antonio lo considere necesario para asegurar que se rinda el mejor tratamiento medico posible. Aun más, entiendo que cualquier persona(s) que reciban este expediente, no divulgará la información obtenida bajo esta autorización a ninguna otra organización o persona sin primero haber obtenido un consentimiento firmado por mí.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO

Iniciales

_____

Como adulto autorizado, estoy de acuerdo en permitir que los médicos y el personal de UT Medicine San Antonio, otorguen tratamiento medico a mi, mi hijo(a) o al paciente que represento, así sea aplicable. Al firmar esta forma, estoy de acuerdo en permitir a los médicos y personal de UT Medicine San Antonio para ejecutar cualquier tarea necesaria o apropiada para otorgar cuidado medico, incluyendo examen, diagnostico y tratamiento.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Iniciales

_____

Por este medio, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos incluyendo los beneficios médicos principales, a los que tengo derecho que puede ser Medicare, seguro medico privado o otra póliza de seguro medico, a UT Medicine San Antonio. Entiendo que soy responsable en verificar que mi póliza de seguro medico participe con los médicos de UT Medicine San Antonio y en corregir cualquier información incorrecta de mi seguro medico. Me hago responsable por todos los cargos a mi cuenta si es que no son pagados por mi seguro medico. Por este medio, autorizo a UT Medicine San Antonio a que divulgue toda la información necesaria para asegurar pago.

I have read the Authorization Release of Medical Records, Consent for Treatment and Assignment of Benefits.

Patient Name :_____ **Date:**_____
PRINT NAME

Signature of Patient
Or Legal Guardian : _____ **Date:**_____

Relationship to Patient: _____

Witness: _____ **Date:**_____