

FRONTERA HEALTHCARE NETWORK, INC.
 CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMATION DE SALUD
 PROTEGIDA

D Frontera Healthcare Eden
 Clinica
 P.O. Box 989
 Eden, TX 76837
 Phone(325)869-8811
 Fax (325) 869-8899

D Frontera Healthcare Menard Clinica
 P.O. Box 889
 Menard, TX 76859
 Phone (325) 396-4612
 Fax (325) 396-2055

Yo autorizo la Frontera red, administrativo y clinico personal a uso y reveler el siguiente protegido de salud Registro de:

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
SEGURO SOCIAL#: _____ **CARTA ID#:** _____

DIVULGAR A: _____ **DE PARTE DE:** _____

ESTA AUTORIZACION DE APLICA A LA SIGUENTE:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Copia de total salud registro | <input checked="" type="checkbox"/> reportes | <input type="checkbox"/> papsmear results |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> reporte de radiologia | <input type="checkbox"/> ob reportes |
| <input type="checkbox"/> ER records | <input type="checkbox"/> rayos y resultados | <input type="checkbox"/> sonograma reportes |
| <input type="checkbox"/> dental records | <input type="checkbox"/> cardiologia | <input type="checkbox"/> mamografia reporte |
| <input type="checkbox"/> otro (especifico) _____ | _____ | |

Incluyendo information (si es applicable) pertinente:

VIH/SIDA DROGAS ALCOL SALUD MENTAL EXAMES GENETICOS

Yo entiendo que la personas) indicatas seran notificados. Yo tender que dar mi authorization por medio de firma antes de dar consimientto ha divulgacion. Firma de Cliente _____

ESTA PROTEGIDA SALUD DE INFORMATION SERA UTILIZADA PARA USO DE DIVULGATION PARA LOS SIGUENTES DERECHOS:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> continuation de cuidado | <input type="checkbox"/> traslado de cuidado | <input type="checkbox"/> uso personal (demandado por el paciente) |
| <input type="checkbox"/> abogado/ | <input type="checkbox"/> aeguranza/ discapacidad | (otro) _____ |

ESTA FROMA ES VALIDA HASTA ESTE DIA: _____ (FECHA DE EXPIRATION) SOLAMENTE QUE SEA REVOCADA.

Yo entiendo ques esta froma se expira en esta fecha indicata. Y solamente utilizada con los propositos mencionados arriba.y que solo sera valida por 180 dias, la que ocurra primero.Despues de el dia efectivo, este consimientto de uso information de permiso a divulgar se expira y no es validad, Yo entiendo que tengo el derecho de revocation esta forma. Por escrito durante cualquier momento indicato por medio de notification ha Frontera department de Salud Privado: Carta de Records de Salud, Contacto Privado a 604 Eaker St., Eden, TX 76837. Yo entiendo que si revoco mi derecho de esta forma, la revocation de esta forma con hechos realizados no podran ser detenidos.

En dependencia de mi consentimiento y si fue durante un tiempo donde obtuve cubierta medica como condition de obtener
aseguranza y que la aseguranza tiene el derecho official de refuter el cobro. Yo entiendo que esta forma sera utilizada con el proposito
de divulgar esta information y **que el recipient no tendra protection de el governo federal ni de estado**. Yo entiendo que Frontera
obtiene el derecho de reusar de darme tratamiento,pago. y assistencia de obtener cubiertura medica de beneficios. Yo dare permiso
requirido a divulgar esta information protegida. Y entiendo que esta information contiene estatus de condition de enfermedad de
transmission sexual , VIH/SIDA examen y resultados, diagnosticos/ y tratamiento de alcool/ uso de drogas y ~~condicional~~.

Firma de Cliente/Representante Personal

Fecha

Nombre en forma de Molde/ Representante Personal

Relation al Cliente, Si Representante Personal

Testigo de Frontera Healthcare Network (Firma de el trabajador de Frontera)

ID verification _____ firma de comparation _____ **Numero de licencia** _____

CONSENTIMIENTO, USO, DIVULGACION DE INFORMATION PROTEJIDA FORM 10-4-07 EDITION ESPANOL