

Southwest Medical Center  
PO Box 1340  
315 W. 15th Street  
Libeal, KS 67901

**\*\*AUTORIZACIÓN\*\***  
**DE SOUTHWEST MEDICAL CENTER**  
**PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MEDICA**

Teléfono: (620) 629-6230  
Fax: (620) 629-2427

Yo \_\_\_\_\_ nacido el \_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del paciente Mes Día Año

Domicilio actual: \_\_\_\_\_  
Número y calle Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono para contactarlo acerca de esta autorización: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo a Southwest Medical Center a revelar la siguiente información.  
(Enliste la información específica que va ser divulgada, incluyendo las fechas)

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

La información solicitada será utilizada para \_\_\_\_\_  
Por ejemplo, cuidado adicional, abogado, reclamo de seguro

Southwest Medical Center, sus empleados, funcionarios, y médicos a cargo, por medio de la presente se les exime de toda responsabilidad que pueda surgir como resultado de divulgar la información antes dicha hasta el punto indicado y autorizado por la presente. Entiendo que una vez que la información sea revelada de acuerdo con esta autorización, pudiera ser divulgada de nuevo por el destinatario y la información no sería 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 Depranocítica, o condiciones de salud mental y por la presente autorizo que esta información se divulgue a la persona indicada anteriormente.

Yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto de cualquier medida previa que se ha tomado en confianza. Entiendo que para revocar esta autorización, debo de hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a Southwest Medical Center. Yo entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le permita a mi compañía de seguro el derecho a impugnar un reclamo de mi póliza. Todas las autorizaciones se vencen 6 meses después del día que fue firmada.

Entiendo que no necesito firmar esta forma a fin de asegurar tratamiento del cuidado de salud o pago. Si tengo preguntas sobre la revelación de mi información de salud puedo contactar a (al departamento de Archivos Médicos) Southwest Medical Center a los números de teléfono o fax enlistados arriba. Entiendo que se me entregará una copia de la forma de autorización, después de firmar.

\_\_\_\_\_  
Firma Legal del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, guardián, o representante autorizado

Testigo: \_\_\_\_\_

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