

FOR OFFICE USE ONLY:

Patient Name \_\_\_\_\_  
MRN \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN OPCIONAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

#### OPTIONAL AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION TO OTHERS

Autorizo a Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas ya sus representantes a revelar o dar información sobre cualquier asunto referente a mis citas, información de facturación o atención médica a las contactos adicionales a continuación. Esta autorización permanecerá vigente hasta que proporcione una notificación por escrito a Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas sobre cambios a actualizaciones. Autorizo a Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas a revelar o dar información sobre cualquier asunto referente a mis citas, seguro médico, información de facturación, resultados de pruebas y/o atención médica a las contactos adicionales que se detallan a continuación.

**Sólo divulgar información al paciente** / Only Release Information to Patient

Si no contesta, podemos dejarle un mensaje en su:

Teléfono de casa / Home Phone:  Si/Yes  No/No Trabajo/Work Phone:  Si/Yes  No/No Celular / Mobile Phone:  Si/Yes  No/No

Nombre / Name \_\_\_\_\_ Relación con el paciente / Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Teléfono de casa / Home Phone \_\_\_\_\_ podemos dejarle un mensaje? / May we leave a message?  Si/Yes  No/No

Teléfono celular / Mobile Phone \_\_\_\_\_ podemos dejarle un mensaje? / May we leave a message?  Si/Yes  No/No

Pueden divulgar la información relacionada con las siguientes servicios a la persona antes mencionada:

Citas / Appointments  Facturación / Billing  Atención Médica / Medical Care

Nombre / Name \_\_\_\_\_ Relación con el paciente / Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Teléfono de casa / Home Phone \_\_\_\_\_ podemos dejarle un mensaje? / May we leave a message?  Si/Yes  No/No

Teléfono celular / Mobile Phone \_\_\_\_\_ podemos dejarle un mensaje? / May we leave a message?  Si/Yes  No/No

Pueden divulgar la información relacionada con las siguientes servicios a la persona antes mencionada:

Citas / Appointments  Facturando / Billing  Atención Médica / Medical Care

Si desea recibir su información de salud por correo electrónico, la información se enviará mediante correos electrónicos cifrados a menos que usted expresamente indique lo contrario a continuación. Enviar información mediante un correo electrónico sin cifrar podría plantear cierto riesgo de que la información de salud contenida en el correo electrónico sin cifrar pueda ser leída por un tercero a través de Internet. *If you wish to receive your health information by email, the information will be sent via encrypted email unless you expressly designate otherwise below. Sending health information by unencrypted email may pose some risk that the health information in the unencrypted email could be read by a third party over the internet.*

Iniciales/Initials: \_\_\_\_\_

### PARTE CON RESPONSABILIDAD FINANCIERA- GARANTE / FINANCIALLY RESPONSIBLE PARTY - GUARANTOR

**La misma que la información del paciente** / Same as Patient Information (If different, please complete section below)

Nombre / Name: Nombre First \_\_\_\_\_ MI / Inicial de segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido / Last \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento / DOB \_\_\_\_\_ Relación/Relationship:  Cónyuge/Spouse  Padre/Father  Madre/Mother  Otro/Other

Otra (por favor especifique) / If Other, please be specific \_\_\_\_\_

Dirección / Address: \_\_\_\_\_ Número de apartamento / Apt. # \_\_\_\_\_

Ciudad / City \_\_\_\_\_ Estado / State \_\_\_\_\_ Código postal / Zip Code \_\_\_\_\_

Número de teléfono / Ph. Number: Casa / Home \_\_\_\_\_ Celular/Mobile \_\_\_\_\_ Trabajo / Work \_\_\_\_\_

Nombre del empleador / Employer Name \_\_\_\_\_

Estado Laboral / Employment Status:  Estudiante/Student  Medio tiempo/Part-Time  Tiempo completo/Full-Time

Jubilado/Retired  Discapacitado/Disabled  Desempleado/Unemployed

### INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO / INSURANCE INFORMATION

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO / Primary Insurance: \_\_\_\_\_

Número de Identificación / ID #: \_\_\_\_\_ Número de grupo / Group Number: \_\_\_\_\_