

<b>Nombre completo del paciente</b>		<b>Fecha de nacimiento del paciente</b>	
-------------------------------------	--	---	--

Yo autorizo a la **CLÍNICA KIND** a  **LIBERAR**  **OBTENER** mi información de salud protegida a/desde:

<b>Nombre/Proveedor/Instalación/Entidad</b>	<b>Número de teléfono</b>	<b>Número de fax</b>
<b>Nombre/Proveedor/Instalación/Entidad</b>	<b>Número de teléfono</b>	<b>Número de fax</b>

**La información de salud que se divulgará puede incluir información relacionada con:**

- VIH/SIDA salud mental psicoterapia abuso de sustancias químicas/alcohol

**Por favor, libere (elija una opción):**

- Mi historial médico completo (incluyendo, entre otros, cualquier tratamiento, afección, medicamento y resultados de laboratorio).  
 Solo los elementos marcados a continuación (Marque todas las opciones que correspondan)

Resumen de medicamentos, diagnóstico y tratamiento, incluyendo pruebas diagnósticas. (es decir, laboratorios/imágenes)	Nombre de los proveedor(es) de servicios y fechas/horas de la cita
Notas de evolución/enfermería	Documentación de elegibilidad del programa Ryan White (Incluye información relacionada con el VIH/SIDA)
Resultados de laboratorio, incluyendo cualquier prueba patológica y genética.	Planes de atención que incluyen notas de gestión de casos/trabajador social y cualquier inquietud o necesidad especial.
Cualquier información relacionada con el VIH/SIDA	Cartas/Notas para el paciente u otras entidades
Notas sobre psicoterapia y salud mental	Registros de facturación
Notas sobre abuso de sustancias químicas, sustancias y/o alcohol.	Registros hospitalarios/quirúrgicos de otros proveedores
Otro:	

Autorizo la divulgación por cualquier método necesario, incluidos los medios electrónicos (como transmisión directa, fax) y/o correo postal/papel, salvo que se indique lo contrario aquí: \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de toda la información relacionada con la atención médica, a menos que especifique un plazo específico: \_\_\_\_\_

Esta autorización permanecerá vigente durante un año a menos que especifique otra fecha aquí: \_\_\_\_\_ o sea revocada posteriormente.

*Al firmar este formulario, autorizo a KIND CLINIC, una entidad de Texas Health Action, a divulgar u obtener información confidencial de salud sobre mí al médico/persona/centro/entidad indicado anteriormente para divulgaciones relacionadas con la continuidad de la atención, seguros/pagadores, asuntos legales y/o uso personal. Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y podría dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que esta autorización se extiende a toda la información de salud, a menos que especifique limitaciones, y puede incluir registros/informes de otros proveedores de atención médica involucrados en mi atención fuera de Kind Clinic. Entiendo que mi información no se compartirá a menos que sea requerido o permitido por la ley local, estatal o federal. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Entiendo además que mi atención médica y cualquier pago por la misma no se verán afectados si no firmo este formulario. Entiendo que, en ciertas circunstancias, la revocación de esta autorización puede causar limitaciones en los servicios de apoyo, como los programas de asistencia y Ryan White.*

*Asimismo, deseo que una copia de esta autorización tenga la misma validez que el original. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándola a un miembro del personal de Kind Clinic o por escrito, enviándola a 101 W Koenig Lane, Suite 300, Austin TX 78751. También entiendo que cualquier revocación por escrito debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la de esta autorización. La revocación no afectará las acciones realizadas antes de su recepción.*

**Nombre impreso del paciente o de su representante:** \_\_\_\_\_

**Relación/autoridad legal si no es el paciente (puede requerir documentación justificativa):** \_\_\_\_\_

**Firma**

**Fecha**

**Disclosure statement to the recipient of this authorization**

*This information to be disclosed may include records protected under applicable federal and state confidentiality laws, including HIPAA 45 CFR including Part 2, and Texas Health and Safety Code §85.115, where applicable. These regulations may prohibit you from making any further disclosure of this information unless it is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise legally permitted.* (REVISED 5/2026)