



Autorización para mandar Información De Salud Protegida

ESyntaxis Corporation es el custodio de los registros médicos de Good Neighbor Healthcare Center para visitas desde junio de 2010 hasta junio de 2017.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

GNHC Acct.# _____ Otro Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ No.Telefono (____) _____ Email: _____

Yo solicito y autorizo soltar la información de salud del paciente nombrado arriba a:

Nombre de Recipiente: _____
Dirección : _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
No. Telefono (_____) _____ Fax # (_____) _____

Este pedido y autorización aplica a lo siguiente:

- Toda información sobre mi salud.
- Dental
- Cierta fecha en específico: _____
- Otro en específico : _____

Por las siguientes razones: Seguimiento de Salud Legales Otro (esplique) _____

Definición: Como está definido por ley, RCW 70.24 et seq., enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluye herpes, herpes simple, virus de papiloma humano (VPH), verrugas, verrugas genitales, condiloma, Clamidia, inflamación de uretritis, sífilis, cancroide, VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y gonorrea

La información contenida en las fechas de servicio de VIH, ETS, tratamiento de salud mental, o drogas/ alcohol, serán liberados por esta autorización si no se especifica a continuación.

NO LIBERE: (Anote lo que aplique)

- HIV /STD'S
- Salud Mental
- Drogas/Alcohol

Revocación: Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier tiempo y que el consentimiento se vencerá automáticamente seis meses de la fecha de mi firma. Yo no autorizo la liberación adicional a tercera persona. Yo entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización al pedir lo.

Formato solicitado: Copia en papel Copia electrónica (CD o DVD)

_____ Fecha	_____ Firma del Paciente/Padre/ Conservador/ Guardián	_____ Autoridad/Relación al Paciente
----------------	--	---

Tarifas/cargos se cumplirán con todas las leyes y reglamentos aplicables a la libertad de información de salud protegida. Los registros serán soltados después de recibir el pago completo.

- Subir su solicitud a través <http://gnhc.esyntaxis.com/public/record/request>
- Por fax la solicitud a 832-680-0201
- Escanear y enviar su solicitud a records@esyntaxis.com o
- Enviar su solicitud completa a:

Los servicios de limpieza para el Buen Vecino Centro de Salud, ESyntaxis Corporación, 1335 Regents Park Drive, Suite 150, Suite 150, Houston, TX 77058