



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Desarrollada para el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(d)
En efecto junio de 2013

Por favor lea todo este formulario antes de firmarlo y llene todas las secciones que aplican a sus decisiones relacionadas a la divulgación de información médica protegida. Entidades cubiertas según es definido el término por HIPAA y el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.001 deben obtener una autorización firmada de la persona o su representante autorizado para divulgar electrónicamente la información médica protegida de dicha persona. La autorización no es requerida para divulgaciones relacionadas a tratamientos, pagos, operaciones de cuidado médico, la realización de ciertas funciones de seguro o según sea autorizado por la ley. **Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier otro formulario conforme a HIPAA, Ley de Privacidad de Expedientes Médicos en Texas y otras leyes aplicables.** No se les puede negar tratamiento a personas en base al hecho de que no han firmado este formulario de autorización, y rehusar firmar este formulario no afectará el pago, inscripción o elegibilidad para beneficios.

NOMBRE DEL PACIENTE O DE LA PERSONA

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

OTRO NOMBRE(S) QUE USA _____

FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO (____) _____ TEL. ALTERNO (____) _____

E-MAIL/CORREO ELECTRÓNICO (Opcional): _____

AUTORIZO A LOS SIGUIENTES LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL MÉDICA PROTEGIDA:

Persona/Organización Nombre Medical Center Hospital
Dirección 500 W 4th Street
Ciudad Odessa Estado TX Código Postal 79761
Tel. (432) 640-1105 Fax (432) 640-1104

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA?

Persona/Organización Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Tel. (_____) _____ Fax (_____) _____

¿CUÁL INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA?

Para llenar la siguiente sección, indique cuáles artículos desea que sean divulgados. La firma de un paciente que es menor de edad se requiere para divulgar algunos de estos artículos. Si toda la información médica debe ser divulgada, marque solo la primera casilla.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toda información médica | <input type="checkbox"/> Antecedentes/Examen Físico | <input type="checkbox"/> Medicamentos anteriores/actuales | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del Doctor | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente | <input type="checkbox"/> Reportes de operaciones | <input type="checkbox"/> Reportes de consultas |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica | <input type="checkbox"/> Reportes de Pruebas Diagnósticas | <input type="checkbox"/> Reportes de ECG/Cardiología |
| <input type="checkbox"/> Reportes de patología | <input type="checkbox"/> Información de facturas | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología e Imágenes | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Se requieren sus iniciales para divulgar la siguiente información:

_____ Expedientes de Salud Mental (excluyendo notas de psicoterapia) _____ Información Genética (incluyendo Resultados de Prueba Genética)
_____ Expediente de Abuso de Drogas, Alcohol o Sustancias _____ Resultados de Prueba/Tratamiento de VIH/SIDA

LAPSO DE TIEMPO EFECTIVO Esta autorización es válida hasta lo que ocurra primero: la muerte de la persona; la persona cumple mayoría de edad; o se retira el permiso; o en la siguiente fecha específica (opcional): Mes _____ Día _____ Año _____

DERECHO DE ANULAR: Comprendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento presentando un aviso escrito declarando mi intención de anular esta autorización a la persona u organización nombrada abajo "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA". Comprendo que acciones hechas anteriormente en base a esta autorización por entidades que tenían permiso de acceder a mi información médica no serán afectadas.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: He leído este formulario y estoy de acuerdo con el uso y divulgación de la información según es descrita. Comprendo que rehusar firmar este formulario no detiene la divulgación de información médica que ha ocurrido antes de la anulación o que es permitida por ley sin mi autorización específica o permiso, incluyendo divulgaciones a entidades cubiertas según las disposiciones del Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Comprendo que la información divulgada en conformidad a esta autorización podría quedar sujeta a ser divulgada nuevamente por el destinatario y podría ya no ser protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMA X

Firma de la Persona o del Representante Legalmente Autorizado de la Persona

FECHA

Nombre Impreso del Representante Legalmente Autorizado (si aplica): _____
Si es el representante, favor de precisar su relación con la persona: Padre del menor de edad Tutor legal Otro _____

Se requiere la firma de un menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo por ejemplo, la divulgación de información relacionada a ciertos tipos de cuidado reproductivo, enfermedades transmitidas sexualmente, y abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento mental (Vea, p.ej. Código Fam. de Texas § 32.003).

FIRMA X

Firma del Menor de Edad

FECHA