

AUTORIZACIÓN PARA DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION

Nombre del paciente/Name of Patient: _____

Número de teléfono/Phone Number: _____ Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Otros nombres/Other Names Used: _____ Número de Seguro Social/Social Security Number: XXX -- ____ - ____

Yo, el que suscribe, autorizo la divulgación o solicito que se brinde acceso a la información detallado a continuación incluida en la(s) historia(s) clínica(s) del paciente mencionado anteriormente. I, the undersigned, authorize the release of or request access to the information specified below from the medical record(s) of the above-named patient.

SE REQUIERE INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA/PATIENT INFORMATION IS NEEDED FOR:

(Elija una opción/Please select one option.)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atención médica continuada/Continuing Medical Care | <input type="checkbox"/> Militar/Military | <input type="checkbox"/> Uso personal/Personal Use |
| <input type="checkbox"/> Escuela/School | <input type="checkbox"/> Seguro/Insurance | <input type="checkbox"/> Fines jurídicos/Legal Purposes |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social o discapacidad/Social Security/Disability | <input type="checkbox"/> Otros/Other: _____ | |

FECHA(S) DEL TRATAMIENTO/DATE(S) OF TREATMENT: _____

INFORMACIÓN QUE DIVULGARÁ O A LA CUAL SE PODRÁ ACCEDER/INFORMATION TO BE RELEASED OR ACCESSED:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historial y Examen físico/History & Physical | <input type="checkbox"/> Resumen del alta/fallecimiento/Discharge/Death Summary |
| <input type="checkbox"/> Instrucciones del alta/Discharge Instructions | <input type="checkbox"/> Informes operativos/Operative/Procedure Reports |
| <input type="checkbox"/> Informes de Radiología/Radiology Reports | <input type="checkbox"/> Notas clínicas/Clinic Notes |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patología/Lab/Pathology Reports | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología/Radiology Images |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones/Immunizations | <input type="checkbox"/> Salud del comportamiento/Behavioral Health |
| <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias/Emergency Room Record | <input type="checkbox"/> Consultation Report/Consultation Report |
| <input type="checkbox"/> Hoja principal/FaceSheet | <input type="checkbox"/> Otros/Other: _____ |

FORMATO SOLICITADO PARA BRINDAR LA INFORMACIÓN/FORMAT REQUESTED FOR INFORMATION TO BE PROVIDED:

- Impreso/Paper Digital/Electronic Media

MÉTODO DE ENTREGA/METHOD OF DELIVERY:

- Para retirar en persona (cuando la información esté lista para retirar, se le notificará por vía telefónica)/Pick up (You will be notified via a telephone call when records are ready)
- Enviar por correo postal a la dirección a continuación/Mail to address listed below
- Liberar a la cuenta de MyChart/Release of MyChart Account Fax a/Fax to _____
- Enviar por correo electrónico a/Email to: _____ @ _____

Elija una opción/Choose one: Encriptada/Encrypted Sin encriptar/Unencrypted

La información de salud será enviada por correo electrónico encriptado a menos que yo especifique lo contrario. Al solicitar el envío por correo electrónico no encriptado, reconozco que existe cierto grado de riesgo de que la información de salud pueda ser accedida por un tercero./The health information will be sent by encrypted email unless I specify otherwise. By requesting unencrypted email, I acknowledge that there is some risk that health information could be accessed by a third party

(Nombre del hospital/Nombre del centro/Hospital Name/Facility Name)

La información indicada anteriormente se puede divulgar a/May release the above information to:

(Nombre/Name)

Dirección (calle, estado y código postal)/Address (Street, State, Zip Code)

Número de teléfono/Phone Number

Comprendo que mi historia clínica es confidencial y no puede divulgarse sin mi autorización escrita, salvo en cuanto la ley lo permita. El destinatario puede volver a divulgar la información que se utilice o divulgue de conformidad con esta autorización, en cuyo caso es posible que ya no sea información protegida. Entiendo que la información detallada cuya divulgación autorizo podría incluir, entre otros datos: antecedentes, diagnósticos o tratamientos de abuso de drogas o alcohol, y enfermedades mentales o contagiosas, lo que incluye el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Entiendo que el tratamiento o el pago no pueden estar condicionados al hecho de que yo firme esta autorización, excepto en determinadas circunstancias, como en el caso de participar en programas de investigación o de autorizar la divulgación de resultados de pruebas para la preselección laboral. Entiendo que podré revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan realizado acciones en virtud de dicha autorización. Entiendo que se me puede cobrar una tarifa por el procesamiento o la recuperación de las copias de mis historias clínicas, de conformidad con la ley que regula los hospitales de Texas.

Esta autorización vencerá después de ciento ochenta (180) días de la fecha de mi firma, a menos que yo mismo la revoque antes de dicha fecha o que se especifique lo contrario por fecha, evento o condición de la siguiente manera: _____

Firma/Signature: Paciente o representante legalmente autorizado/
Patient or Legally Authorized Representative

Nombre del paciente o del representante legalmente autorizado en letra de imprenta/
Printed Name of Patient or Legally Authorized Representative

Fecha/Date

For Department use: MRN/Acct #

Relación con el paciente/Relationship to Patient

HOSPITAL/FACILITY/PRACTICE NAME MUST BE FILLED IN BLANK BELOW

PATIENT IDENTIFICATION



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
PATIENT INFORMATION

Page 1 of 1
998540768 (10/20)