



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Se elaboró para el Código de Salud y Seguridad de Tejas § 181.154(d) a partir de junio 2013

Favor de leer este formulario en su totalidad antes de firmarlo y llenar todas las secciones que correspondan a sus decisiones referentes a la divulgación de la información médica protegida.

Las entidades cubiertas, según HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Tejas § 181.001 definen ese término, tienen que obtener un formulario de autorización firmado del individuo o del representante autorizado para cuestiones legales del individuo para divulgar electrónicamente la información médica protegida de dicho individuo. No se exige la autorización para las divulgaciones con respecto al tratamiento, a los pagos, a las operaciones de atención médica, al llevar a cabo ciertas actividades de seguro o lo que autorice la ley de otro modo. **Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier otro formulario que cumpla con HIPAA, la Texas Medical Privacy Act [Ley de Privacidad Médica de Tejas] y otras leyes pertinentes.** No se les puede denegar el tratamiento a los individuos por no haber firmado este formulario de autorización y si se niega a firmar este formulario no afectará el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios.

NOMBRE DEL PACIENTE O INDIVIDUO

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

OTRO(S) NOMBRE(S) QUE HA USADO _____

FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO () _____ TELÉFONO ALT. () _____

Dirección de correo electrónico _____

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DEL INDIVIDUO:

La divulga

Nombre de la persona/organización _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (806-) 212-5445 Fax (806) 212-5575

¿QUIÉNES PUEDEN RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN MÉDICA?

Se divulga a

Nombre de la persona/organización _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono () _____ Fax () _____

MOTIVO POR LA DIVULGACIÓN (Seleccione solo una opción a continuación)

- Tratamiento/Atención médica en curso
- Uso personal
- Facturación o demandas de seguro
- Seguro
- Fines legales
- Determinación de discapacidad
- Académico
- Empleo
- Otro _____

¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE DIVULGAR? Llene lo siguiente marcando lo que quiere que se divulgue. Se exige la firma del paciente menor para la divulgación de algunos de los siguientes. Si se pide divulgar toda la información médica, marque solo la primera casilla.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toda la información médica | <input type="checkbox"/> Historial/Examen físico | <input type="checkbox"/> Medicamentos previos/actuales | <input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del médico | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente | <input type="checkbox"/> Informes de operaciones | <input type="checkbox"/> Informes de consultas |
| <input type="checkbox"/> Notas del progreso | <input type="checkbox"/> Resumen de dada de alta | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas diagnósticas | <input type="checkbox"/> Informes de EKG/Cardiología |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Información de facturación | <input type="checkbox"/> Imágenes e informes de radiología | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Se exigen sus iniciales para divulgar la información siguiente:

Fechas de servicio solicitadas: Del _____ al _____

_____ Expedientes de salud mental (excluyendo las notas de psicoterapia) _____ Información genética (incluso resultados de las pruebas genéticas)

_____ Expedientes del abuso de drogas, alcohol o sustancias adictivas _____ Tratamiento/Resultados de las pruebas de VIH/SIDA

FORMATO SOLICITADO Expedientes impresos CD Expedientes por correo-e. Dirección de correo-e.: _____ MyChart _____

PERIODO DE VIGENCIA: Esta autorización es válida hasta que suceda el primero de estos acontecimientos: el fallecimiento del individuo; el individuo cumple la edad de adulto; o se retira el permiso; o en esta fecha específica (opcional): Mes _____ Día _____ Año _____

DERCHO DE REVOCAR: Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento con tal que entregue un aviso por escrito que afirme mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización que se nombra en la sección intitulada "QUIÉNES PUEDEN RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN MÉDICA." Entiendo que no afectarán las acciones previas que las entidades que tenían permiso para obtener acceso a mi información médica llevaron a cabo basadas en esta autorización.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: He leído este formulario y acepto los usos y las divulgaciones de la información según se describe. Entiendo que si me niego a firmar este formulario, no impide la divulgación de la información médica que se haya llevado a cabo antes de la revocación o que, de otro modo, permita la ley sin mi autorización o permiso específico, incluso divulgaciones a las entidades cubiertas, según se estipula en el Código de Salud y Seguridad de Tejas § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Entiendo que el destinatario pudiera divulgar de nuevo la información que se haya divulgado conforme a esta autorización y a lo mejor ya no la protejan las leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMA X _____
Firma del individuo o del representante autorizado para cuestiones legales del individuo

FECHA

Nombre del representante autorizado para cuestiones legales, en letra de molde (si corresponde): _____

Si es el representante, especifique la relación o parentesco con el individuo: Papá o mamá del menor Tutor Otro _____

Se exige la firma del individuo menor para la divulgación de algunos tipos de información incluso, por ejemplo, la divulgación de información correspondiente a ciertos tipos de atención médica reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y tratamiento del abuso de drogas, alcohol o sustancias adictivas y tratamiento de salud mental (Consulte, p. ej., Tex. Fam. Code § 32.003).

FIRMA X _____
Firma del individuo menor

FECHA

CL0050

CL0050