

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por favor, lea todo este formulario antes de firmarlo y complete todas las secciones pertinentes a sus decisiones relacionadas con la divulgación de información de salud protegida. Las entidades abarcadas, tal como define ese término la HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001, deben obtener una autorización firmada de la persona o del representante legalmente autorizado de la persona para divulgar electrónicamente la información de salud protegida de esa persona. La autorización no es obligatoria para las divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, la realización de ciertas funciones del seguro o según lo autorice la ley. Las entidades abarcadas pueden utilizar este formulario o cualquier otro que cumpla con la HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables. No se puede negar tratamiento a las personas por no firmar este formulario de autorización, y si se lo firma, no afectará al pago, la inscripción o el derecho a recibir beneficios.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

_____		_____		_____	
Apellido(s)	Nombre	Segundo nombre			
_____		/ /		_____	
Otro(s) nombre(s) utilizado(s)		Fecha de nacimiento del paciente (DD/MM/AA)			
_____		_____		_____	_____
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
_____		_____		_____	_____
Teléfono		Otro Teléfono		Dirección De Correo Electrónico (Opcional)	
_____		_____		_____	

AUTORIZO A LAS SIGUIENTES PERSONAS A DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DEL INDIVIDUO

_____		_____		_____	
Nombre de la persona/organización		Teléfono		Fax	
_____		_____		_____	
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
_____		_____		_____	_____

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN DE SALUD?

_____		_____		_____	
Nombre de la persona/organización		Teléfono		Fax	
_____		_____		_____	
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
_____		_____		_____	_____

MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN (ELIJA SOLO UNA OPCIÓN A CONTINUACIÓN)

<input type="checkbox"/> Tratamiento/Continuación de atención médica	<input type="checkbox"/> Seguros	<input type="checkbox"/> Escuela
<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Propósitos legales	<input type="checkbox"/> Empleo
<input type="checkbox"/> Facturación o reclamaciones	<input type="checkbox"/> Determinación de la discapacidad	<input type="checkbox"/> Otros _____

¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDE DIVULGARSE?

Complete lo siguiente indicando los elementos que desea que se divulguen. La firma de un paciente menor de edad es obligatoria para la divulgación de algunos de estos elementos. Si desea que se divulgue toda la información de salud, marque solo la primera casilla.

<input type="checkbox"/> Toda la información de salud	<input type="checkbox"/> Historial/Examen físico	<input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/actuales	<input type="checkbox"/> Resultados de 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 de progreso	<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Pruebas diagnósticas	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma/cardiología
<input type="checkbox"/> Informes de patología	<input type="checkbox"/> Datos de facturación	<input type="checkbox"/> Informes e imágenes de radiología	<input type="checkbox"/> Otros _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

PERÍODO DE VIGENCIA. Esta autorización es válida hasta que se produzca el fallecimiento de la persona, la persona alcance la mayoría de edad o se retire la autorización, o hasta la siguiente fecha específica (opcional), lo que ocurra primero: Mes _____ Día _____ Año _____

DERECHO A REVOCAR: Entiendo que puedo revocar mi permiso en cualquier momento dando aviso por escrito indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización nombrada bajo "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN DE SALUD." Entiendo que no se verán afectadas las acciones previas realizadas en virtud de esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: He leído este formulario y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de la información tal como se describen. Entiendo que negarme a firmar este formulario no impide la divulgación de información de salud que se haya producido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a entidades abarcadas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Firma del individuo o del representante legalmente autorizado del individuo

_____/_____/_____
Fecha (DD/MM/AA)

Nombre en letra de imprenta del representante legalmente autorizado (si procede): _____

Si es representante, especifique la relación con el individuo: Padre del menor Tutor Otro _____

La firma de un menor es obligatoria para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención médica reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y tratamiento de drogadicción, alcoholismo o toxicomanía y salud mental (Véase, por ejemplo, el Código de Familia de Texas § 32.003).

Firma del individuo menor de edad

_____/_____/_____
Fecha (DD/MM/AA)