

Autorización para divulgar información médica protegida

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad

Estado

Código postal

N.º de expediente médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Instrucciones: Complete todas las secciones que correspondan para autorizar a UT Southwestern Medical Center a que divulgue información a otro proveedor o solicitante. UT Southwestern no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios según se complete este formulario.

Devuelva el formulario a:

Health Information Management – Release of Information

Fax: 214-645-9141

Correo electrónico: medical.records@utsouthwestern.edu

Teléfono: 214-645-3030, opción 1, opción 1

Domicilio postal:

Health Information Management – Release of Information

5323 Harry Hines Boulevard

Código de correo 8525

Dallas, Texas 75390-8525

Aviso para el paciente: Esta sección se aplica a todas las solicitudes

Nota: Esta es una sección obligatoria y debe completarse en su totalidad. Los registros solicitados están en formato electrónico (p. ej., CD), a menos que se soliciten en papel. Por el momento, no se aceptan las firmas electrónicas.

Por la presente, autorizo a UT Southwestern Medical Center a divulgar mi información médica protegida. Se necesitará identificación para la privacidad y confidencialidad del paciente. **Entiendo que puede aplicarse un cargo de procesamiento y envío para la información solicitada.**

A. Entiendo que la información debe divulgarse con el siguiente objetivo: **(Marque todas las opciones que correspondan)**

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Abogado/Legal | <input type="radio"/> Atención médica | <input type="radio"/> Registro del paciente | <input type="radio"/> Saldo de cuenta financiera a pagar uno mismo (MyChart) |
| <input type="radio"/> Facturación o reclamos | <input type="radio"/> Seguro | <input type="radio"/> Solicitud de revisión | |
| <input type="radio"/> Discapacidad | <input type="radio"/> Ejército | <input type="radio"/> Escuela | <input type="radio"/> Otro _____ |

B. Entiendo que la información solicitada se divulgará a:

Nombre/Nombre del centro: _____

Atención: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Fax: _____

C. Marque el método de entrega solicitado: Portal de correo electrónico MyChart* (paciente únicamente) Retiro de registros

Nota: Los costos pueden variar según la selección

 Fax Correo postal Otro _____**Sección 1: Información que se divulgará. Marque todos los recuadros que correspondan**A. Información que se divulgará: **(Marque todas las opciones que correspondan)**

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> Registros de facturación | <input type="radio"/> Depto. de Emergencias | <input type="radio"/> Atención médica a domicilio | <input type="radio"/> Notas de consulta en consultorio |
| <input type="radio"/> Grupo sanguíneo | <input type="radio"/> Materiales explantados, dispositivos o equipos | <input type="radio"/> Notas de evolución en el hospital | <input type="radio"/> Registros operativos |
| <input type="radio"/> Expediente médico completo | <input type="radio"/> Hoja principal | <input type="radio"/> Vacunas | <input type="radio"/> Bloques de patología |
| <input type="radio"/> Informes de consultas | <input type="radio"/> Registros de estudios familiares | <input type="radio"/> Informes de laboratorio | <input type="radio"/> Portaobjetos de patología |
| <input type="radio"/> Moldes dentales | <input type="radio"/> Historial médico y físico | <input type="radio"/> Hojas de medicamentos | <input type="radio"/> Informes de patología |
| <input type="radio"/> Informes dentales | <input type="radio"/> Mensajes de MyChart | <input type="radio"/> Registros de radiación | |
| <input type="radio"/> Resumen del alta | <input type="radio"/> Otro _____ | | |

B. Período o fecha de la información que se divulgará: Desde: _____ Hasta: _____
(Mes / Año) (Mes / Año)C. Médico(s) específico(s): _____ o Todos los médicos tratantesD. Nombre(s) de la clínica/hospital: _____

Nota: Entiendo que el registro provisto puede estar incompleto y que se continuará agregando documentación adicional durante el transcurso de mi estada. Entiendo que puedo solicitar una copia completa aproximadamente 30 días después del alta.

**Autorización para divulgar
información médica protegida**

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

N.º de expediente médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Sección 2: Registro de imágenes/radiología

A. Información que se divulgará: **(Marque todas las opciones que correspondan)**

- Densidad ósea Imágenes dentales MRI PET Radiografía
 Cateterismo cardíaco EKG/ECHO Exploración por medicina nuclear Sonografía Otro _____
 Exploración por CT/CAT Mamografías Imágenes oftalmológicas Ultrasonido

B. Imágenes e informes Solo informes Solo imágenes

C. Período o fecha de la información que se divulgará: Desde: _____ Hasta: _____
(Mes / Año) (Mes / Año)

D. Médico que lo ordena (si se conoce): _____

E. Marque el método de entrega que corresponda: Portal de correo electrónico Portal Lifelimage Retiro Correo postal

Sección 3: Registros genéticos, psiquiátricos y de investigación

A. Registros genéticos Expediente médico completo Otro _____

Fecha(s) de la información que se divulgará: Desde: _____ Hasta: _____ Nombre del médico (si se conoce): _____
(Mes / Año) (Mes / Año)

B. Registros psiquiátricos Expediente médico completo Otro _____

Fecha(s) de la información que se divulgará: Desde: _____ Hasta: _____ Nombre del médico (si se conoce): _____
(Mes / Año) (Mes / Año)

C. Registros de investigación Expediente médico completo Otro _____

Fecha(s) de la información que se divulgará: Desde: _____ Hasta: _____ Nombre del médico (si se conoce): _____
(Mes / Año) (Mes / Año)

Sección 4: Registro médico de estudiantes

A. Información que se divulgará: **(Marque todas las opciones que correspondan)**

- Expediente médico completo Vacunas Registro de facturación detallada Registro de bienestar y asesoramiento del estudiante

B. Período o fecha de la información que se divulgará: Desde: _____ Hasta: _____
(Mes / Año) (Mes / Año)

C. Nombre del médico (si se conoce): _____

Aceptación del paciente. Esta sección se aplica a todas las solicitudes

- ◆ Entiendo que los registros utilizados y divulgados conforme a esta autorización pueden incluir información relacionada con: asesoramiento genético; tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); antecedentes de consumo de drogas o alcohol; salud mental y conductual o atención psiquiátrica; o información sensible.
- ◆ Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que UT Southwestern haya presentado esta autorización. La revocación escrita debe dirigirse a Release of Information Department (Departamento de Divulgación de la Información). A menos que se revoque de otro modo, entiendo que la fecha o el evento con el cual caduca esta autorización es de **180 días** a partir de la fecha de la firma. Una copia fotostática de esta autorización se considera de tanta validez como el original.
- ◆ Entiendo que, en la medida que cualquier destinatario de esta información, según lo que se identifica anteriormente, no sea una "entidad cubierta" conforme a las leyes federales o de Texas sobre privacidad, la información ya no puede estar protegida por las leyes federales y de Texas sobre privacidad una vez que se revele al destinatario y, por lo tanto, el destinatario puede volver a divulgarla.
- ◆ Entiendo que, de acuerdo con el capítulo 159 del Código Laboral de Texas, sección 159.005 (e) y la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), podría efectuarse una nueva divulgación a partir de los registros recibidos de un proveedor de atención médica involucrado en mi atención o tratamiento.

Nombre del paciente en letra de molde

Firma del paciente

Fecha

*Nombre del representante legal en letra de molde

Firma del representante legal

Fecha

***Nota:** Puede requerirse una prueba de la autoridad legal para los representantes legales.
Si es un representante, especifique la relación con el paciente

Solo para el uso de divulgación de información: Fecha de revocación de la autorización, si corresponde _____