

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE/RESIDENTE

Nombre del paciente (apellido, nombre) EN LETRA DE IMPRENTA

Fecha de nacimiento

Dirección postal

Número de Seguro Social

Número de teléfono

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

_____ **Autorizo la divulgación de mi:** Registro médico completo ÚNICAMENTE.

_____ **Autorizo la divulgación de las siguientes secciones del registro médico.**

Marque con una "X" la(s) casilla(s) que corresponda(n) a la información que se divulgará (si no solicita el registro médico completo).

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos | <input type="checkbox"/> Notas de evolución |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos/vacunas | <input type="checkbox"/> Historial de facturación y extractos | <input type="checkbox"/> Códigos de diagnóstico y tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta hospitalaria | <input type="checkbox"/> Fotografías o videos | <input type="checkbox"/> Informes de consulta |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | | |
| <input type="checkbox"/> Otros, especifique _____ | | |

El propósito de esta autorización se indica en la(s) casilla(s) a continuación.

Marque con una "X" la(s) casilla(s) que corresponda(n).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atención médica adicional | <input type="checkbox"/> Personal |
| <input type="checkbox"/> Cambio de médicos o consulta | <input type="checkbox"/> Investigación o tratamiento relacionado con la investigación |
| <input type="checkbox"/> Facturación o pago de reclamaciones | |
| <input type="checkbox"/> Otros, especifique _____ | |

A QUIÉN Y DÓNDE ENVIAR/DAR INFORMACIÓN

Nombre en letra de molde

Correo electrónico

Dirección

Divulgación de registros sobre abuso de drogas o alcohol, o psiquiátricos, o VIH/SIDA.

Entiendo que, si mi registro médico o de facturación contiene información referente al abuso de drogas o alcohol, cuidados psiquiátricos, enfermedades de transmisión sexual, pruebas de Hepatitis B o C, u otra información sensible, estoy de acuerdo con su divulgación. **Marque una:** **Sí** **No**

Entiendo que, si mi expediente médico o de facturación contiene información referente a pruebas de detección del VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o su tratamiento, acepto su divulgación. **Marque una:** **Sí** **No**

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA



Plazo y derecho a revocar la autorización

Excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta Autorización, en cualquier momento puedo revocar esta Autorización si presenta una notificación por escrito al Funcionario de Privacidad del centro en One Riverway, Suite 700, Houston, Texas 77056. A menos que sea revocada, esta Autorización expirará en la siguiente fecha o evento _____, o 180 días a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

Nueva divulgación

Entiendo que la información divulgada por esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Por la presente, el centro, los miembros de su equipo, los funcionarios y los médicos quedan eximidos de toda responsabilidad legal por la divulgación de la información antes mencionada en la medida en que se indique en la presente autorización.

Firma del paciente/residente o representante personal que puede solicitar la divulgación de la información

Entiendo que no tengo que firmar esta Autorización, y mi tratamiento o pago por servicios no será negado si no firmo el formulario a menos que se especifique arriba en la sección llamada Propósito de la solicitud. Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se utilizará o divulgará.

Autorizo a Nexus Health Systems a usar y divulgar la información médica protegida especificada anteriormente.

Nombre en letra de molde del paciente/representante del paciente

Relación

Firma del paciente/representante del paciente

Fecha

Base de autoridad (p. ej., Tutor legal, Poder notarial, Curador)

Firma del testigo del personal

Fecha