UTSouthwestern Medical Center

Autorización para revelar Información médica protegida
Authorization to Disclose Protected Health Information

Nombre del paciente: _____

Otros nombres utilizados: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

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

Devuelva el formulario a:
Health Information Management – Release of Information
Fax: 214-645-9141
Correo electrónico: medical.records@utsouthwestern.edu
Tel.: 214-645-3030, opción 1, opción 1

Dirección postal:
Health Information Management – Release of Information
5323 Harry Hines Boulevard
Mail code 8525
Dallas, Texas 75390-8525

Aviso para el paciente: esta sección es obligatoria y se aplica a todas las solicitudes

Nota: es necesario que complete esta sección en su totalidad y presente las dos páginas de este formulario de autorización para poder entregarlo. Los registros solicitados deben ser en formato electrónico (p.ej., CD, MyChart, portal de archivo seguro), a menos que se le pidan impresos.

Por la presente, autorizo a UT Southwestern Medical Center a revelar mi información de salud protegida (PHI). Es necesario que presente una identificación válida con fotografía, emitida por el gobierno, para asegurar la privacidad y la confidencialidad del paciente.

Entiendo que puede aplicarse un cargo por el procesamiento y envío de la información solicitada.

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

- ○ Abogado/Legal
- ○ Facturación o reclamos
- ○ Discapacidad
- ○ Atención médica
- ○ Seguro
- ○ Militar
- ○ Expediente del paciente
- ○ Solicitud de revisión
- ○ Escuela
- ○ Saldo de cuenta financiera a pagar por cuenta propia (MyChart)
- ○ Otro _____

B. Entiendo que la información solicitada se revelará a:

Nombre/Nombre del centro: _____

Attention: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Fax: _____

C. Todos los expedientes se enviarán en formato electrónico (CD, MyChart, portal de archivo seguro), a menos que se indique otra cosa:

○ electrónico ○ impreso ***Nota: los costos pueden variar según lo que elija***

D. Marque el método de entrega solicitado: ○ Portal de archivo seguro ○ Fax ○ My Chart (solo para pacientes) ○ Correo postal ○ Retiro de registros (se debe presentar una identificación válida con fotografía emitida por el gobierno) ○ Otro_____

Sección 1. Registros médicos generales. Marque solo las casillas que correspondan

A. Información que se revelará:

- ○ Registros de facturación
- ○ Informes de consultas
- ○ Ficha con información demográfica
- ○ Resumen del alta
- ○ Departamento de Emergencias
- ○ Materiales, dispositivos o hardware explantados
- ○ Otro _____
- ○ Registros de estudios de familiares
- ○ Historia médica y física
- ○ Atención médica a domicilio
- ○ Notas de evolución en el hospital
- ○ Registro de vacunas
- ○ Registros de implantes
- ○ Informes de laboratorio
- ○ Hojas de medicamentos
- ○ Mensajes de MyChart
- ○ Notas de visitas en el consultorio
- ○ Notas de operaciones
- ○ Bloques de patología (solo con fines legales)
- ○ Láminas de patología
- ○ Informes de patología
- ○ Registros pediátricos
- ○ Registros de procedimientos
- ○ Registros de tratamiento de radiación
- ○ Expediente médico completo

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

C. ○ Médicos de UTSW encargados: _____ ○ o todos los médicos

D. ○ Nombre de la clínica/hospital de UTSW: _____

Nota: Entiendo que el expediente entregado puede estar incompleto y que se seguirá agregando documentación adicional durante mi estancia. Entiendo que puedo solicitar una copia completa aproximadamente 30 días después del alta.

UTSouthwestern Medical Center

Autorización para revelar Información médica protegida
Authorization to Disclose Protected Health Information

Nombre del paciente: _____
Otros nombres utilizados: _____
Dirección: _____
_____
Ciudad Estado Código postal
Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Sección 2. Registros de imágenes/radiología. Marque solo las casillas que correspondan

A. Información que se revelará:
- ○ Densidad ósea
- ○ Exploraciones por tomografía computarizada/ tomografía axial computarizada (CT/CAT, por sus siglas en inglés)
- ○ Imágenes dentales
- ○ Otro _____
- ○ Electrocardiograma/ Ecocardiograma (EKG/ECHO, por sus siglas en inglés)
- ○ Radiología intervencionista
- ○ Mamografías
- ○ Imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés)
- ○ Exploraciones de medicina nuclear
- ○ Imágenes de oftalmología
- ○ Tomografía por Emisión de Positrones (PET, por sus siglas en inglés)
- ○ Ecografía/ultrasonido
- ○ Radiografía

B. ○ Informes solamente ○ Imágenes solamente ○ Imágenes e informes

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

D. Médicos de UTSW encargados: _____ ○ o todos los médicos

E. Todos los registros se enviarán en formato electrónico (CD, LifeImage o portal de archivo seguro), a menos que se indique otra cosa:
○ electrónico ○ impreso ***Nota: los costos pueden variar según lo que elija***

F. Marque el método de entrega que corresponda: ○ Portal de archivo seguro ○ Fax (informes solamente) ○ Portal LifeImage ○ Retiro en persona ○ Correo postal

Sección 3. Registros de genética, psiquiatría/salud conductual e investigación. Marque solo las casillas que correspondan

A. Registros de genética ○ Especifique: _____ ○ Expediente médico completo
Fechas de la información que se revelará: Desde: _____ (Mes/Año) Hasta: _____ (Mes/Año) Nombre del médico (si lo sabe): _____

B. Registros de psiquiatría/salud conductual
○ Formulario de certificación del proveedor de atención médica ○ Especifique: _____ ○ Expediente médico completo
Fechas de la información que se revelará: Desde: _____ (Mes/Año) Hasta: _____ (Mes/Año) Nombre del médico (si lo sabe): _____

C. Registros de investigación ○ Especifique: _____ ○ Expediente médico completo
Fechas de la información que se revelará: Desde: _____ (Mes/Año) Hasta: _____ (Mes/Año) Nombre del médico (si lo sabe): _____

Sección 4. Expedientes médicos de estudiantes. Marque solo las casillas que correspondan

A. Información que se revelará:
○ Registro de vacunas ○ Registro de bienestar y consejería del estudiante ○ Expediente médico completo

B. Fechas de la información que se revelará: Desde: _____ (Mes/Año) Hasta: _____ (Mes/Año) Nombre del médico (si lo sabe): _____

UTSouthwestern Medical Center

Autorización para revelar Información médica protegida
Authorization to Disclose Protected Health Information

Nombre del paciente: _____

Otros nombres utilizados: _____

Dirección: _____

_____
Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

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

- Este formulario de autorización específico no autoriza la revelación de registros de tratamientos por abuso de sustancias. Se debe completar por separado una "Autorización para revelar registros de tratamientos por abuso de sustancias".
- Entiendo que los registros usados y revelados 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); historia de consumo de drogas o alcohol; salud mental y conductual o atención psiquiátrica u otra información confidencial.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que UT Southwestern haya utilizado esta autorización. La revocación debe enviarse por escrito al Release of Information Department (Departamento de Revelación de Información) A menos que se revoque de otro modo, entiendo que la fecha o el evento con el que vence esta autorización es de **180 días** a partir de la fecha de la firma. Una copia fotostática de esta autorización se considera igual de válida que la original.
- Entiendo que, si alguno de los destinatarios de esta información mencionados arriba no es una "entidad cubierta" según las leyes federales o del Estado de Texas sobre privacidad, la información podría dejar de estar protegida por esas leyes una vez que se la revele al destinatario y, por lo tanto, podría estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario.
- Entiendo que, de acuerdo al Capítulo 159 del Código Ocupacional de Texas, sección 159.005 (e), y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), podrían volver a revelarse los expedientes recibidos de otro proveedor de atención médica que participa 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

Si es representante, especifique la relación con el paciente

***Nota:** se exigirá una prueba de autoridad legal a los representantes legales.

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