

**Autorización para recibir  
información médica protegida externa**

**Authorization to Receive  
External Protected Health Information**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

Para revelar la siguiente información del expediente médico de:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Que cubre los períodos de tratamiento: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

1. Autorizo por la presente a: \_\_\_\_\_

Institución/Médico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

2. El paciente tiene una cita el \_\_\_\_\_. Envíeme los registros antes de la fecha de la cita.

3. Información que se revelará:

- Informes de consultas
- Pruebas de diagnóstico
- Resumen del alta

- Antecedentes médicos y exámenes físicos
- Informes de laboratorio
- Informe operativo

- Notas de la evolución
- Muestras de anatomopatología
- Informes de anatomopatología

- Imágenes de radiología
- Informes de radiología

- Otros: \_\_\_\_\_
- Expediente médico completo (incluye información relacionada con el seguro, datos demográficos, documentos de derivación y registros de otras instituciones)

4. La información se divulgará a: UT Southwestern Medical Center

Atención: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Mail Code: \_\_\_\_\_, Dallas, Texas 75390

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_

5. Comprendo que los registros se revelan para mantener la continuidad de la atención y para que el médico los estudie.

6. Comprendo que esta autorización puede revocarse por escrito en cualquier momento, excepto para la información que se haya revelado antes de que la entidad que la reveló recibiera la revocación. Si no se recibe una revocación por escrito, la autorización se considerará válida durante un período que no excederá los 180 días.

7. Especificación de la fecha, suceso o condición por la que caduca esta autorización (especificar, si corresponde):

8. Entiendo que los registros utilizados y revelados conforme a esta autorización pueden incluir información relacionada con: asesoría genética; tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); historial de alcoholismo o drogadicción; salud mental y conductual, o atención psiquiátrica; y/u otra información delicada.

9. Entiendo que, si alguno de los destinatarios de esta información mencionados arriba no es una "entidad cubierta" según lo define la ley federal o del estado de Texas sobre privacidad, la información podría dejar de estar protegida por la ley federal o del estado de Texas sobre privacidad una vez que se revele al destinatario y, por lo tanto, podría estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario.

10. Entiendo que, de acuerdo con el capítulo 159 del Código Ocupacional de Texas, sección 159.005 (e) y la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), podría hacerse una nueva revelación de los registros recibidos de otro proveedor de atención médica que participe en mi atención o tratamiento.

Autorización:  Firma del paciente  
 Representante legal (puede solicitarse un comprobante de su situación de representante legal)  
 Confirmación del paciente recibida verbalmente por teléfono/MyChart (el empleado de UTSW que la recibe debe firmar e indicar su cargo)

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Nombre del paciente en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Hora a. m./p. m. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 o del representante legalmente autorizado (relación con el paciente \_\_\_\_\_)

Firma del empleado de UTSW \_\_\_\_\_ Nombre (y cargo) del empleado de UTSW en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Hora a. m./p. m. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

