UT Southwestern Medical Center

Autorización para revelar información médica protegida

Authorization to Disclose Protected Health Information

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

_____
Ciudad Estado Código postal

N.º de expediente médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ SEXO: _____

Devuelva el formulario a:
Health Information Management – Release of Information
5323 Harry Hines Boulevard
Mail Code 8525
Dallas, Texas 75390-8525

Fax: 214-645-9141
Correo electrónico: Medical.Records@UTSouthwestern.edu

Aviso para el paciente - Complete este formulario en su totalidad.

A. Propósito: Entiendo que la información se revelará con el siguiente objetivo: **(Marque todas las opciones que correspondan)**
☐ Personal ☐ Continuar la atención ☐ Seguro/facturación ☐ Discapacidad ☐ Legal ☐ Otros: _____

B. Centro o persona receptora: Entiendo que la información que se pide se revelará a los siguientes: **(Marque una casilla)**
☐ El paciente / Correo electrónico: _____
☐ Nombre del solicitante/del centro: _____ Attn: _____
Dirección:_____ Ciudad: _____ Estado: _____Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

C. Formato solicitado: ☐ Electrónico ☐ Papel ☐ Medio: CD/DVD (marque uno): ☐ Cifrado ☐ Sin cifrar
☐ Otro, especifique: _____

Nota: Existe cierto riesgo de que un tercero pueda ver su información sin su consentimiento al recibir archivos electrónicos no cifrados. No nos hacemos responsables del acceso no autorizado a la información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés) contenida en este formato ni de ningún riesgo (p. ej., virus) que pueda introducirse en su computadora o dispositivo al recibir PHI en formato electrónico.

D. Método de entrega: (Se entrega electrónicamente si no se especifica lo contrario. Si no es posible realizar la entrega electrónica, se proporcionará un método alternativo).
Electrónico: ☐ MyChart ☐ Portal de archivo seguro (cifrado) ☐ Plataforma de imágenes (envía imágenes radiológicas en formato electrónico; es posible que se requiera información adicional)
Otro: ☐ Fax ☐ Recogida (se requiere una identificación válida) ☐ Correo ☐ Otro (especifique): _____

E. Información que se revelará: **(Marque todas las opciones que correspondan)** *Abreviaturas utilizadas: historia clínica y exploración física (H&P); resumen del alta (DS); procedimiento/informe de la operación (OP); fisioterapia (PT); terapia ocupacional (OT); terapia del habla (ST); información médica electrónica (EHI).*

- ☐ Resumen del hospital *(H&P, DS, OP, consulta, notas de progreso, informes de diagnóstico)*
- ☐ Resumen clínico *(OP, notas de progreso, informes de diagnóstico)*
- ☐ Informes de los proveedores *(H&P, DS, OP, consulta, notas de progreso)*
- ☐ Notas de terapia *(PT, OT, ST)*
- ☐ Resumen del alta *(DS)*
- ☐ Informe de la operación/procedimiento *(OP/Cateterismo cardíaco)*
- ☐ Informe de patología
- ☐ Análisis de laboratorio
- ☐ Declaración de factura detallada
- ☐ Registros de terapia por abuso de sustancias *(Marque si está autorizado a divulgarlos como parte de esta solicitud)*
- ☐ Registros de VIH/SIDA *(Marque si está autorizado a divulgarlos como parte de esta solicitud)*
- ☐ Registros genéticos *(Marque si está autorizado a divulgarlos como parte de esta solicitud)*
- ☐ Imágenes de Radiología/Odontología/Oftalmología **(Encierre en un círculo uno)**

Procedimiento: _____
☐ Solo informes ☐ Solo imágenes ☐ Solo informes e imágenes

- ☐ Psiquiatría/salud conductual: _____
- ☐ Investigación: _____
- ☐ Salud estudiantil: _____
- ☐ Radioterapia/oncología: _____
- ☐ Atención médica a domicilio: _____
- ☐ Programa de Asistencia al Empleado (EAP): _____
- ☐ Vacunas
- ☐ Archivo de exportación EHI *(solo en formato legible por máquina)*
- ☐ Lugar/proveedor de asistencia médica específico: _____
- ☐ Otros: _____

F. Intervalo de fechas o fecha de servicio: ☐ Últimos 2 años o ☐ Desde: _____ (Mes/Año) Hasta: _____ (Mes/Año)

G. Reconocimiento

- Por la presente, autorizo a UT Southwestern Medical Center a revelar mi información médica 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.
- Entiendo que el expediente que se proporciona puede estar incompleto y que se continuará agregando documentación adicional durante el transcurso de mi estancia. Entiendo que puedo pedir una copia completa aproximadamente 30 días después del alta.
- UT Southwestern no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios con base a este formulario completo.
- Este formulario de autorización específico no autoriza la liberación de los registros de terapia por abuso de sustancias que se requieran para procesos civiles, penales, administrativos o legislativos. Se debe completar por separado una "Autorización para divulgar información sobre el tratamiento 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).
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que UT Southwestern haya utilizado esta autorización. La revocación escrita se debe enviar al Departamento de Revelación de Información (Release of Information Department). A menos que se revoque de otro modo, entiendo que la fecha o el evento en que vence esta autorización es de 180 días a partir de la fecha de la firma. Una fotocopia de esta autorización se considera válida como la original.
- Entiendo que, si alguno de los destinatarios de esta información mencionados arriba no sea una "entidad cubierta" según las leyes de privacidad federales o del estado de Texas, la información podría dejar de estar protegida por esas leyes una vez que sea revelada al destinatario y, por lo tanto, podría estar sujeta a una nueva revelación por parte de este.
- Entiendo que, de acuerdo con el Capítulo 159 del Código Ocupacional de Texas, sección 159.005 (e), y a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), podría volver a revelarse el expediente recibido de otro proveedor de atención médica que participe 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 un representante, especifique la relación con el paciente.

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