

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha(s) del Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_

Yo, el que firma abajo, autorizo la divulgación o la solicitud de acceso a la información que se indica a continuación del expediente(s) médico del paciente nombrado arriba.

**LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE SE NECESITA PARA:**

- Continuación de Cuidados Médicos       Militar       Uso Personal       Seguro       Colegio
- A efectos legales       Seguridad Social/Incapacidad       Otro: \_\_\_\_\_

Date(s) of treatment: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA SER DIVULGADA O TENER ACCESO:**

- Historial y Físico       Reporte de Consulta       Récord de Sala de Emergencia
- Reportes Quirúrgicos       Dada de Alta/Fallecimiento       Cubierta de informes
- Reportes de Laboratorio/Patología       Reportes de Radiología       Imágenes de Radiología
- Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Puede divulgar la información anteriormente mencionada a (indique el nombre o título del individuo o el nombre de la organización a quien se divulgarán los reportes y la dirección apropiada)

Nombre del Individuo o de la Organización) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_

Entiendo que mis expedientes son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización por escrito, excepto cuando de otra manera sea permitido por ley. La información usada o divulgada por esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el que la recibe y no quedar protegida. Entiendo que la información indicada para ser divulgada puede incluir pero no se limita a: historial, diagnósticos y/o tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental o enfermedad contagiosa, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Entiendo que el tratamiento o pago no está condicionado a la firma de esta autorización, excepto en determinadas circunstancias como la de participación en programas de investigación, o la autorización de la divulgación de los resultados de pruebas con anterioridad a un empleo. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto la información que ya se haya divulgado en base a esta autorización. Entiendo que se puede cobrar un cargo de búsqueda/procesamiento y por copias de mi expediente médico de acuerdo a la Ley de Certificación de Hospitales de Texas.

Esta autorización vencerá ciento ochenta (180) días después de la fecha de mi firma a no ser que revoque la autorización antes de ese tiempo o a no ser que se indique de otra manera por fecha, evento o condición como se indica aquí: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Nombre en letra de imprenta del Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Relación con el Paciente

Para uso del departamento