

Autorización para divulgar Información Médica Protegida (PHI)

Sección A: Esta sección debe completarse para todas las Autorizaciones (Texas) Date: _____

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	N.º del Seguro Social (opcional):	
Nombre del proveedor:	Nombre del destinatario:	número de teléfono:	
Dirección del proveedor:	Dirección 1:		
	Dirección de correo electrónico:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Esta autorización caducará en la fecha que figura a continuación o cuando ocurra el evento que figura a continuación: (Complete la fecha o el evento, pero no ambos)

Fecha: _____ **Evento:** _____
A menos que se especifique un período de tiempo menor, esta autorización caducará en 180 días a partir de la fecha de la firma.

Objetivo de la divulgación: _____

Descripción de la información a ser utilizada o divulgada

¿Esta solicitud es para notas de psicoterapia? Sí. Entonces esta es la única documentación que puede solicitar en esta autorización. Si desea solicitar alguno de los documentos que se describen abajo, debe presentar otra autorización. No. Entonces puede seleccionar todos los documentos que desee de la lista que aparece debajo.

Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Toda la PHI del registro médico <input type="checkbox"/> Formulario de ingreso <input type="checkbox"/> Dictados <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Ingresos/egresos <input type="checkbox"/> Evaluación clínica <input type="checkbox"/> Hojas de medicación		<input type="checkbox"/> Información operativa <input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Terapia/pruebas especiales <input type="checkbox"/> Resultados de ECG <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de traslado <input type="checkbox"/> Información de Emergencias		<input type="checkbox"/> Resumen del parto/trabajo de parto <input type="checkbox"/> Evaluación de amamantamiento de Obstetricia <input type="checkbox"/> Hojas de evolución posparto <input type="checkbox"/> Factura detallada: <input type="checkbox"/> UB-92: <input type="checkbox"/> Radiología – Informes/placas: <input type="checkbox"/> Otro:	

Reconozco que la información divulgada puede contener datos sobre análisis de alcohol, abuso de drogas, evaluaciones psiquiátricas, análisis de VIH y resultados del análisis VIH o SIDA, y por la presente otorgo mi consentimiento para dicha divulgación. _____ (Inicial) Si no corresponde, marque este casillero.

Si esta autorización es para la divulgación de información genética, especifique: _____

- Comprendo que:
- Puedo rehusarme a firmar esta autorización y que ésta es totalmente voluntaria.
 - Mi tratamiento, pago, inscripción y calificación para recibir beneficios pueden no estar condicionados a la firma de esta autorización.
 - Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero, de hacerlo, no tendrá efecto sobre acciones tomadas antes de recibir la revocación. Para más detalles, ver la Notificación de Prácticas de Privacidad.
 - Si quien solicita o recibe la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no cuente con la protección de las normas federales sobre privacidad y que sea divulgada nuevamente.
 - Comprendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa razonable, si lo solicito.
 - Obtendré una copia de este formulario después de firmarlo.

Sección B: ¿La solicitud de la PHI es para fines de comercialización?
 En caso afirmativo, el plan de salud o el proveedor de atención médica deben completar esta sección, de lo contrario pase a la Sección C.

¿El destinatario obtendrá una compensación financiera o de otro tipo a cambio del uso o la divulgación de esta información? Sí No
 En caso afirmativo, especifique: _____

Sección C: Firmas

He leído este documento y autorizo al Matagorda Regional Medical Center a divulgar mi información médica protegida de la manera que se indica anteriormente.

Firma del paciente o su representante:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta del representante del paciente:	Relación con el paciente: