



Autorización para acceder, inspeccionar y/u obtener una copia de la información de salud protegida

| | | |
|---|--------|--|
| Nombre del paciente: _____ | | |
| Apellido | Nombre | Segundo nombre |
| Registro médico No. (MRN): _____ | | Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ |
| Dirección del paciente: _____ | | |
| Calle | Ciudad | Estado Código postal |
| Número de teléfono del paciente: (____) _____ | | Número de teléfono de su trabajo/celular: (____) _____ |

Por medio de la presente autorizo a University Health System a revelar mi información de salud protegida a los siguientes designados:

Yo mismo: Consulte la información proporcionada más arriba para la dirección de correo y la información de contacto del destinatario.

Destinatario: _____
Nombre de la persona u organización a la que se debe revelar la información de salud protegida

Dirección del destinatario: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono del destinatario: (____) _____ Número de fax del destinatario: (____) _____

La siguiente información debe ser revelada para las siguientes fechas de tratamiento: _____ a _____

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información resumen/pertinente | <input type="checkbox"/> Informes operativos/de procedimiento | <input type="checkbox"/> Registro de vacunas |
| <input type="checkbox"/> Hoja frontal del expediente médico | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> información de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Resumen de admisión hospitalaria/alta | <input type="checkbox"/> Informes patológicos | <input type="checkbox"/> Tratamiento por consumo de alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento en sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH |
| <input type="checkbox"/> Historia y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos | <input type="checkbox"/> Factura detallada |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología digital | <input type="checkbox"/> Expediente completo (requiere la aprobación del medico) |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |

La divulgación de la información de salud protegida tiene los siguientes propósitos: Médico Legal Seguro

Otros: _____

Método para entregar mi información de salud protegida: Enviar por correo Se recogerá en la oficina Enviar por fax (sólo cuidado de la salud)

Otro (no puede enviarse por correo electrónico): _____

La divulgación de la información de salud protegida debe ser provista de la siguiente manera: (Por favor marque una opción) Formato Electrónico (DVD) Papel

- Por el presente, reconozco y otorgo mi consentimiento para la divulgación de la información relacionada a registros psiquiátricos, registros de abuso de drogas y/o alcohol, información sobre el VIH/SIDA, pruebas genéticas y/o información sobre enfermedades de transmisión sexual. Si no desea divulgar alguna de las categorías de información mencionadas anteriormente, por favor especifique cuáles:

- Entiendo que, si el destinatario autorizado para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de cuidado de la salud, la información divulgada podría no estar protegida por las reglamentaciones federales y estatales.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Health Information Management Department. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que la autorización para el uso o divulgación de la información indicada más arriba es voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurarme de recibir tratamientos para el cuidado de la salud. Asimismo, entiendo que el cuidado de mi salud y el pago correspondiente no resultarán afectados si no firmo este formulario.
- Esta autorización caducará a partir de que se divulgue la información con el propósito indicado anteriormente, o 180 días (seis meses) a partir de la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

| | | |
|--|---------------------------------------|-------|
| Firma del paciente o de su representante | Parentesco o relación con el paciente | Fecha |
|--|---------------------------------------|-------|

Las autorizaciones completadas pueden enviarse por correo o fax a: **4502 Medical Drive** **Número de fax: (210) 200-6002**
Attn: Health Information Management MS# 26-2 **Número de teléfono: (210) 358-3532**
San Antonio, TX 78229

Identificación verificada mediante: Licencia de conducir Otra ID con fotografía válida: _____ ID del empleado del personal de HIM: _____

