



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

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Expediente médico N.º (MRN): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección del paciente: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono del paciente: (____) _____ Número de teléfono laboral/celular: (____) _____

Por este medio autorizo a University Health System a divulgar la información protegida sobre mi salud a las siguientes personas designadas:

Yo mismo: Vea 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 divulgará información protegida sobre la salud

Dirección del destinatario: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

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

La siguiente información será divulgada en relación con las siguientes fechas de tratamiento: _____ al _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paquete pertinente (H&P, Op, D'C, análisis de laboratorio, radiografías) | <input type="checkbox"/> Informes operativos/de procedimiento |
| <input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Resumen del expediente clínico |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de consultas |
| <input type="checkbox"/> Resumen de admisión/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"/> Imágenes de radiología digital | <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 sobre el progreso |
| <input type="checkbox"/> Información de salud mental (requiere aprobación del médico) | <input type="checkbox"/> Expediente completo |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |

La divulgación de la información protegida sobre la salud se utilizará para los siguientes propósitos: Médico Legal Seguro
 A pedido del interesado Otro: _____

Método mediante el que puede entregarse la información protegida sobre la salud:

Correo postal Retiro por oficina Fax Otro: _____

Formato en que puede entregarse la información protegida sobre la salud: (Marque una opción) Formato electrónico (DVD) Copia impresa

- Por este medio, reconozco y otorgo mi consentimiento para la divulgación de información relativa a registros psiquiátricos, registros de abuso de drogas y/o alcohol, información sobre 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 volver a divulgarse y ya no estaría protegida por 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 Departamento de Gestión de la Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción y beneficios de elegibilidad con University Health System no estarán condicionados por mi autorización de divulgación.
- Esta autorización caducará a partir de la divulgación de la información con el propósito indicado anteriormente, o 180 días (seis meses) a partir de la fecha de la firma, según lo que ocurra primero.
- El destinatario recibirá una copia de la autorización firmada

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
Attn: Health Information Management MS# 26-2
San Antonio, TX 78229

Número de fax: (210) 200-6002
Número de teléfono: (210) 358-3532

Identificación verificada mediante: Licencia de conducir Otra ID con fotografía válida _____
BCHD No. 282-1 Rev. 9/17 Copia provista al paciente ID del empleado del personal de HIM: _____

