



4502 Medical Drive
Departamento de Expedientes Médicos, MS # 26-2
San Antonio, Texas 78229-4493

Teléfono (210) 358-3532

Fax (210) 358-5936

Autorización para la Divulgación de Registros de la Salud del Comportamiento

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente autorizo al University Health System a divulgar a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_
Calle Ciudad Estado Código postal

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_
Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección: \_\_\_\_\_
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de expediente médico: \_\_\_\_\_

La información debe estar limitada a las siguientes fechas de tratamiento (si corresponde): \_\_\_\_\_

Información solicitada para divulgarse: [ ] Expediente de salud del comportamiento (puede incluir todos y cada uno de los expedientes de salud mental y psicoterapia) (Si otro tipo de documentos se van a divulgar, use el formulario BCHD # 282, Autorización para acceder, inspeccionar y/o obtener una copia de la información de salud).

Motivo para acceder o divulgar: [ ] Atención médica [ ] Seguro u otros pagos [ ] Solicitud del paciente

[ ] Otro (explique): \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización expirará el (fecha) \_\_\_\_\_ o a los 180 días de la fecha de la firma de esta autorización.

Entiendo que, si el destinatario autorizado para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, la información divulgada podría ya no estar protegida por las reglamentaciones de privacidad 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 Expedientes Médicos. Entiendo que la revocación no aplicará a información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.

Entiendo que la autorización para el uso o divulgación de la información anteriormente identificada es voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurarme de recibir tratamiento de atención médica. Asimismo, entiendo que mi atención médica y el pago de de mi atención medica no se verán afectados si no firmo este formulario.

El University Health System, sus empleados y médicos tratantes están exentos de cualquier responsabilidad y obligación legal por la divulgación de la información anterior, en la medida que aquí se indica y autoriza.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de otra persona legalmente autorizada \_\_\_\_\_ Parentesco o relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
para firmar la autorización en nombre del paciente

PARA USO DEL UNIVERSITY HEALTH SYSTEM ÚNICAMENTE FECHA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_
APROBADA \_\_\_\_\_ RECHAZADA \_\_\_\_\_ (SE REQUIERE UNA DECLARACIÓN ESCRITA DEL PROVEEDOR. DEBE ADJUNTAR EL FORMULARIO BC # 224)

Nombre/título EN LETRA DE MOLDE: \_\_\_\_\_ Firma del proveedor: \_\_\_\_\_

