UTSouthwestern Medical Center

Autorización para revelar información médica protegida
Authorization to Disclose Protected Health Information

Nombre del paciente: _____
Otros nombres que usa: _____
Dirección: _____
_____
Ciudad Estado Código postal
Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Devuelva el formulario a:
Health Information Management – Release of Information
5323 Harry Hines Boulevard
Mail Code 8525
Dallas, Texas 75390-8525

Fax: 214-645-9141
Correo electrónico: Medical.Records@UTSouthwestern.edu

Aviso para el paciente: Complete este formulario en su totalidad.

A. Entiendo que la información se revelará con el siguiente objetivo: **(Marque todas las opciones que correspondan)**
☐ Personal ☐ Continuar la atención ☐ Seguro/facturación ☐ Discapacidad ☐ Legal
☐ Otros: _____

B. Entiendo que la información que se pide se revelará a los siguientes: **(Marque una casilla)**
☐ El paciente
☐ Nombre del solicitante/del centro: _____ Attn: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

C. Los registros se entregarán mediante transferencia electrónica para una entrega más rápida *(p. ej. MyChart, portal de archivo seguro o correo electrónico, Life Image).* Especifique si prefiere otro método de entrega *(p. ej. CD/DVD)* _____

D. Información que se revelará: *Abreviaturas utilizadas: historia clínica y exploración física (H&P); resumen del alta (DS); procedimiento/informe de la operación (OP); fisioterapia (PT); terapia ocupacional (OT); terapia del habla (ST); información médica electrónica (EHI).*

☐ Resumen del hospital *(H&P, DS, OP, consulta, notas de progreso, informes de diagnóstico)*
☐ Resumen clínico *(OP, notas de progreso, informes de diagnóstico)*
☐ Informes de los proveedores *(H&P, DS, OP, consulta, notas de progreso)*
☐ Notas de terapia *(PT, OT, ST)*
☐ Resumen del alta *(DS)*
☐ Informe de la operación/procedimiento *(OP)*
☐ Informe de cateterismo cardíaco
☐ Informe de patología
☐ Análisis de laboratorio
☐ Vacunas
☐ Declaración de factura detallada
☐ Archivo de exportación EHI *(solo en formato legible por máquina)*

☐ Resultados de radiología: _____
❍ Solo informes ❍ Solo imágenes ❍ Solo informes e imágenes
☐ Genética: _____
☐ Psiquiatría/salud conductual: _____
☐ Investigación: _____
☐ Salud estudiantil: _____
☐ Radioterapia/oncología: _____
☐ Atención médica a domicilio: _____
☐ Imágenes dentales: _____
☐ Programa de Asistencia al Empleado (EAP): _____
☐ Lugar/proveedor de asistencia médica específico: _____
☐ Otros: _____
_____
_____
_____

E. Intervalo de fechas de la información que se divulgará: ☐ Últimos 2 años o ☐ Desde: _____ (mes/año) Hasta: _____ (mes/año)

- Por la presente, autorizo a UT Southwestern Medical Center a revelar mi información médica protegida (PHI). Es necesario que presente una identificación válida con fotografía, emitida por el gobierno, para asegurar la privacidad y la confidencialidad del paciente. Entiendo que puede aplicarse un cargo por el procesamiento y envío.
- Entiendo que el expediente que se proporciona puede estar incompleto y que se continuará agregando documentación adicional durante el transcurso de mi estancia. Entiendo que puedo pedir una copia completa aproximadamente 30 días después del alta.
- UT Southwestern no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios con base a este formulario completo.
- Este formulario de autorización específico no autoriza la revelación de registros de tratamientos por abuso de sustancias. Se debe completar por separado una "Autorización para revelar registros de tratamientos por abuso de sustancias". Entiendo que los registros usados y revelados conforme a esta autorización pueden incluir información relacionada con: Asesoramiento genético; tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida); historia de consumo de drogas o alcohol; salud mental y conductual o atención psiquiátrica u otra información confidencial.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que UT Southwestern haya utilizado esta autorización. La revocación escrita se debe enviar al Departamento de Revelación de Información (Release of Information Department). A menos que se revoque de otro modo, entiendo que la fecha o el evento en que vence esta autorización es de 180 días a partir de la fecha de la firma. Una fotocopia de esta autorización se considera válida como la original.
- Entiendo que, si alguno de los destinatarios de esta información mencionados arriba no sea una "entidad cubierta" según las leyes de privacidad federales o del estado de Texas, la información podría dejar de estar protegida por esas leyes una vez que sea revelada al destinatario y, por lo tanto, podría estar sujeta a una nueva revelación por parte de este.
- Entiendo que, de acuerdo con el Capítulo 159 del Código Ocupacional de Texas, sección 159.005 (e), y a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), podría volver a revelarse el expediente recibido de otro proveedor de atención médica que participe en mi atención o tratamiento.

Nombre del paciente en letra de molde	Firma del paciente	Fecha
*Nombre del representante legal en letra de molde	Firma del representante legal	Fecha

Si es un representante, especifique la relación con el paciente.

***Nota:** se exigirá una prueba de autoridad legal a los representantes legales.