



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE LA SALUD

Información del paciente

| | |
|---------------------------------|----------------------------|
| Nombre: _____ | Fecha de nacimiento: _____ |
| Otros nombres anteriores: _____ | Teléfono: _____ |
| Dirección: _____ | |
| _____ | |

Yo autorizo a UT Health Austin para que utilice y divulgue la información médica protegida (PHI) de los registros médicos del paciente aquí mencionado. La siguiente persona o parte podría recibir la PHI:

| | |
|------------------|-----------------|
| Nombre: _____ | Teléfono: _____ |
| Dirección: _____ | |
| _____ | |

Solicito que se entregue lo siguiente a la persona o parte antes mencionada: (seleccione los datos que desea que UT Health Austin envíe*):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Todos los registros médicos | <input type="checkbox"/> Medicamentos anteriores/actuales | <input type="checkbox"/> Reportes cardiológicos/electrocardiogramas |
| <input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Reportes de pruebas de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta hospitalaria | <input type="checkbox"/> Reportes e imágenes radiológicas | |
| <input type="checkbox"/> Información de facturación | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | |

*Podría ser necesaria la firma del paciente menor de edad para la divulgación de algunos de los datos anteriores.

SUS INICIALES SE REQUIEREN AQUÍ, de lo contrario no se divulgará información sobre salud mental, abuso de alcohol/sustancias, resultados de pruebas de VIH/SIDA o información genética. SÍ, FAVOR DE DIVULGAR:

| | |
|--|--|
| _____ Información genética | _____ Resultados de prueba/tratamiento de VIH/SIDA |
| _____ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias | _____ Registros de salud mental (sin incluir notas de psicoterapia)* |

*La divulgación de notas de terapia psíquica requieren de una autorización por separada.

Motivo de divulgación (seleccionar uno):

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento/atención médica continua | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> A petición del paciente | |

La presente autorización tendrá vigencia de un año o hasta _____ (fecha o evento).

Por medio de mi firma a continuación, convengo lo siguiente:

- *He leído el presente formulario y autorizo a UT Health Austin para que divulgue mi información como se indica en la presente. Puedo retirar mi permiso en cualquier momento. Si retiro mi permiso, mi PHI no será divulgada nuevamente como se describió anteriormente. Sin embargo, las divulgaciones ya realizadas con base en el presente no se verán afectadas. Puedo retirar mi permiso al notificar a UT Health Austin por escrito.*
- *UT Health Austin no requiere que firme el presente formulario para recibir tratamiento. Puedo solicitar una copia de este formulario firmado.*
- *Entiendo que la divulgación de PHI en virtud de la presente autorización podría estar sujeta a ser divulgada nuevamente por parte de la persona o parte a quien vaya dirigida y ya no estará protegida por las leyes de privacidad estatales o federales.*

Firma del paciente o representante: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente o representante en letra de imprenta: _____

Relación con el paciente: _____