

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA



HEALTH SCIENCE CENTER
TEXAS A & M UNIVERSITY

2900 E 29th St. Suite 100, Bryan, TX 77802 (T) 979-436-0447 (F) 877-601-5854

Aviso de privacidad: la información en este formulario junto con cualquier anexo es propiedad de Texas A&M Health (TAMH). La ley estatal requiere que se le informe que tiene derecho a: (1) solicitar la notificación de la información recopilada sobre usted mediante el uso de este formulario (con algunas excepciones previstas por la ley); (2) recibir y revisar esa información; y (3) hacer que se corrija la información sin cargo alguno para usted.

Instrucciones: Tenga en cuenta que cada sección de este formulario debe ser completada en su totalidad. No especificar (incluyendo fechas) retrasará el procesamiento de su solicitud. Permita 14 días hábiles para el procesamiento.

PACIENTE	Apellido del paciente	Nombre del paciente	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
DIVULGADA POR	Nombre/Organización		Dirección de correo electrónico	Teléfono
	Dirección		Ciudad, estado, código postal	Fax
La información puede ser: <input type="checkbox"/> Enviada por correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Recogida por Nombre: _____				
DIVULGADA A	Nombre/Organización		Dirección de correo electrónico	Teléfono
	Dirección		Ciudad, estado, código postal	Fax
PROPÓSITO	Los registros pueden ser divulgados para los siguientes propósitos: (Seleccione todos los que correspondan)			
	<input type="checkbox"/> Atención médica	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	
	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Legal/Abogado		
INFORMACIÓN A DIVULGAR	Indique los tipos de registros que se divulgarán: (Seleccione todos los que correspondan)			
	<input type="checkbox"/> Registro completo	<input type="checkbox"/> Historial de citas	<input type="checkbox"/> Informes de radiología	
	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología	
	<input type="checkbox"/> Historial y físico	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes operativos	
	<input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____			
AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE/ PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL	A menos que se revoque de otra manera, la autorización expirará 60 días después de la fecha en que se firme o, si se especifica, en la siguiente fecha: _____ .			
	Esta autorización se puede revocar en cualquier momento. Para revocar la autorización, el individuo/padre/madre/tutor legal debe presentar una solicitud de revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos a la dirección que figura a continuación.			
	Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a Texas A&M Health (TAMH) a usar y/o divulgar información de mi (o de una relación dada) _____ registro médico o financiero como se especifica arriba. Esta autorización incluye el uso y/o divulgación de información relacionada con la prueba del VIH, cualquier abuso de drogas o alcohol, condiciones relacionadas con las drogas, alcoholismo y/o condiciones de salud mental a la(s) entidad(es) mencionada(s) anteriormente. Acepto no responsabilizar a TAMH, sus empleados, agentes, funcionarios, miembros, estudiantes y proveedores de atención médica participantes por información médica perdida, robada o extraviada que no pueda ser reproducida.			
	Firma del paciente: _____		Fecha: _____	
	Al firmar lo siguiente, verifico que tengo el derecho legal de obtener la información médica solicitada para el paciente mencionado anteriormente.			
Firma: _____		Fecha: _____		
Padre/Madre/Tutor legal/Cónyuge/Representante del paciente				
SOLO PARA USO DE LA OFICINA	Solicitud completada por: (NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA)		Firma	Fecha/Hora
	Divulgada por: (NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA)		Firma	Fecha/Hora
	Testigo (si se divulga por teléfono)		Firma	Fecha/Hora