

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD
A GRUPOS EXTERNOS

1. Yo autorizo a _____ que revele información sobre la salud medica localizada en el expediente de: _____
Numero del Expediente: _____ Fecha de Nacimiento _____

2. La información será revelada a:
Persona de Contacto: _____
Organización: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono/Fax: _____

Yo autorizo que esta información sea revelada en las siguientes formas:

- Por escrito/Fotocopia/Papel
- Verbal
- Fax
- Otras maneras electrónicas

Propósito de revelación: _____

3. Fechas de Tratamiento: Desde: _____ Hasta: _____

Reportes específicos para revelación:

- Notas de Progreso
- Reporte de Alta
- Reporte de Laboratorio
- Reporte de Radiografía
- Reporte de Operación
- Reporte de Consultación
- Radiografías e otros imagines, fotografías, videos
- Expedientes de otras facilidades
- Expediente de salud medica en su totalidad (incluso, pero no limitado a, información sobre tratamiento medico/salud, seguro, demografía, documentos de referencias, y expedientes de otras facilidades)
- Otros (especifique): _____

Yo autorizo específicamente que se revele la siguiente información:

- Resultados con respeto a pruebas de HIV
- Cualquier documentación con respeto al diagnóstico de SIDA
- Tratamientos con respeto al abuso del alcohol y drogas
- Expedientes con respeto a tratamientos psiquiátricos/salud mental (Nota: para revelar información acerca de notas psicosis se requiere otra autorización)

Yo entiendo lo siguiente:

Yo podré retirar o revocar mi permiso a cualquier momento. Si revoco mi permiso, mi información ya no podrá ser utilizada o revelada por razones cubiertas en esta autorización. Sin embargo, cualquier revelación que se ha hecho con mi permiso no podrá ser regresada. Yo podré revocar esta autorización solo con notificar al UT Health Science Center at San Antonio (UT Health Science Center) por escrito a: [contact person and title; address].

Solo en caso de ser revocada antes, o por otras razones mencionadas abajo, esta autorización se vencerá dentro de un año del día que se firmo.

Yo podré revisar y obtener una copia de la información que será revelada antes que firme ésta autorización.

Mi tratamiento no será basado en completar esta forma de autorización.

La información que será revelada por esta autorización podrá ser revelada nuevamente por la persona e organización que la recibe y no podrá ser protegida por los reglamentos de privacidad de Texas o Federales.

Si acaso esta revelación es asociada con propósitos de marketing e involucra una compensación directa o indirecta a UT Health Science Center de un tercer partido, esta autorización debe decirlo:

Esta autorización se vence dentro de un año, solo que yo especifique otro día:

Una fotocopia de ésta autorización es tan válida como la original.

Yo quito cualquier responsabilidad legal al individuo o organización nombrada en esta autorización por la revelación del expediente autorizado en esta forma.

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria, y yo puedo rechazar firmarla. Me darán una copia de esta autorización firmada.

Firma del Paciente (o Representativo del Paciente)

Fecha

Nombre del Paciente o Representativo del Paciente (mano escrito)

Autoridad del Representativo Para Actuar de Parte del Paciente
(Relación al Paciente)