

THE UNIVERSITY OF TEXAS HEALTH SCIENCE CENTER AT SAN ANTONIO

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA DIVULGACIÓN

Fecha: _____ Teléfono: _____

Nombre del Paciente impreso o en letra de molde: _____

Nombre del Paciente o Tutor Legal impreso o en letra de molde, si lo hubiera: _____

(a) Autorizo a los profesionales de cuidado médico que me atendieron a través del The University of Texas Health Science Center en San Antonio a divulgar y discutir información mía que hayan obtenido en relación a mi tratamiento por una condición médica o por temas relacionados a mi tratamiento, [o información del paciente en relación a su tratamiento, condición médica o temas relacionados, de mi hijo(a) o de una persona sobre la cual ejerzo tutela]. No se me han prometido favores especiales, pago u otras compensaciones por acceder a esta autorización. Finalmente, entiendo que la información sobre que se divulgue estará vigente a partir del momento en que esta Autorización se firme y que, si se necesitara información adicional en una fecha en el futuro, se me solicitará firmar otro Formulario de Autorización para dicha Divulgación.

(b) Libero al Health Science Center San Antonio y a sus voceros, de cualquiera y todas las leyes estatales o federales relativas a la privacidad del paciente.

(c) Autorizo específicamente a los funcionarios del Health Science Center a compartir esta información de salud [o la del niño(a) o de una persona sobre la cual ejerzo tutela] con miembros de los medios informativos.

(d) Voluntariamente doy mi autorización para que el personal del Health Science Center me represente [o a mi hijo(a) o a una persona sobre la cual ejerzo tutela] en cinta de video/audio, película fotográfica o cualquier otro medio incluyendo medios de comunicación social.

(e) Autorizo el uso de mi nombre, imagen, voz y material biográfico [o el de mi hijo(a) o el de una persona a sobre la cual ejerzo tutela] en publicaciones y sitio web del Health Science Center – que incluyen revistas, folletos, boletines informativos tanto electrónicos como impresos e internet y sus medios de comunicación social (por ejemplo Facebook, Twitter, etc.) – para publicidad de la Universidad y sus programas.

(f) Otorgo al Health Science Center el derecho de exhibir o distribuir dichas representaciones en su totalidad o en parte, sin limitaciones, para cualquier propósito educativo que el Health Science Center y aquellos que actúen bajo su autoridad, consideren apropiado.

(g) Entiendo que puedo retirar o revocar mi autorización en cualquier momento y que dicha revoca debe entregarse por escrito al Health Science Center. Si yo retiro mi autorización, mi información ya no será utilizada o divulgada por las ocasiones cubiertas por la presente autorización. Sin embargo, entiendo que cualquier divulgación o publicación hecha antes de una revocación puede permanecer en el dominio público. Además, entiendo que el retiro de la autorización no afectará mi tratamiento.

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal: _____