

Dell Children's Medical Center

Austin, Texas 78723

PATIENT LABEL

SALUD MENTAL AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE (MENTAL HEALTH – AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT BEHAVIORAL HEALTH INFORMATION)

Yo, par la presente autorizo al hospital **Dell Children's Medical Center** a

Divulgar _____ (Persona/Entidad)
 Obtener _____ (Dirección)
_____ (Ciudad, Estado, Código postal)
_____ (Teléfono)
_____ (Número de fax)

Información sobre mi salud del comportamiento como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización se extiende a todos o cualquiera de los expedientes que pueden incluir el tratamiento para la salud física y mental (excepto las notas de psicoterapia), dependencia de sustancias o alcohol, enfermedades reportables como resultados de laboratorio o diagnósticos del virus de inmunodeficiencia humana ("VIH") y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Entiendo que mis expedientes pueden estar protegidos por el reglamento federal de privacidad para proteger mi información médica (Título 45 del Código Federal de Regulaciones, Partes 160 y 164), el reglamento federal para la confidencialidad sobre los expedientes de pacientes con abuso de alcohol y drogas (Título 42 del Código Federal de Regulaciones, Capítulo I, Parte 2), y/o las leyes estatales y en ningún momento pueden ser divulgados sin consentimiento escrito. Entiendo que este consentimiento este sujeto a ser revocado en cualquier momento, excepto en la medida que se haya tomado acción en base a él y en cualquier evento en el que este consentimiento venza automáticamente como se indica abajo. Entiendo que esta autorización es voluntaria y me puedo negar a firmar esta autorización. También entiendo que mis cuidados médicos y el pago de estos mismos no se verán afectados si yo no firmo esta forma.

Nombre impreso del paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Numero de seguro social** _____

Fechas de servicios (si sabe) _____ **# de registro medico** _____

Descripción de la información a ser divulgada: (sus iniciales a todas la que apliquen)

<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Notas de admisión	<input type="checkbox"/> Factura/registro financiero
<input type="checkbox"/> Plan para el tratamiento	<input type="checkbox"/> Notas de evolución	<input type="checkbox"/> Registro de medicamentos
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Notas del progreso del medico	<input type="checkbox"/> Órdenes del medico/alta
<input type="checkbox"/> Reporte de radiología	<input type="checkbox"/> Examen de estado mental	<input type="checkbox"/> Comunicación verbal con: _____ (Nombre)
<input type="checkbox"/> Reporte del diagnóstico	<input type="checkbox"/> Examen psicológico	_____ (Relación)
<input type="checkbox"/> Reporte de consulta	<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	
<input type="checkbox"/> Otro _____		

El propósito de la divulgación es para lo siguiente: (ponga sus iniciales en la categoría apropiada)

El paciente solicita:

Continuación de cuidados Información personal Propósito legal Escuela
 Seguro medico Seguro social/beneficios por discapacidad
 Otro: Por favor explique _____

Hospital que solicita:

(Si el hospital lo solicita, el paciente debe recibir una copia de la autorización)

Entiendo que, si el destinatario autorizado a recibir esta información no es del plan salud o el proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida par los reglamentos de privacidad federal y estatal. Entiendo que esta autorización vencerá en **60 días** a partir de la fecha en que se firmó al menos que yo especifique lo contrario. Deseo que esta autorización sea vigente hasta _____

Fecha de vencimiento

Por la presente exonero a Dell Children's Medical Center de toda responsabilidad u obligación legal que pueda surgir de la divulgación de mis expedientes médicos en base a esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización solicitando un formulario de revocación de autorización por escrito que se puede obtener llamando o escribiendo a: **4900 Mueller Blvd., Austin, Texas 78723, (512) 324-0000**. También entiendo que la revocación debe de estar firmada y con fecha del día posterior a la fecha de esta autorización. La revocación no afectará cualquier acción tomada antes de la confirmación de la revocación escrita.

Firma del paciente

Fecha/Hora

Firma del Padre/Tutor

Fecha/Hora



Apellido impreso

Firma del empleado como testigo

Fecha/Hora