

## University of Texas Physicians

A member of the  Seton Healthcare Family

**Nombre y dirección de la clínica:** \_\_\_\_\_ **Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(Name & Address of Clinic) (Patient Name) (Date of Birth)

**Teléfono y Fax** \_\_\_\_\_ **Teléfono del paciente:** \_\_\_\_\_ **Número de expediente/ de cuenta:** \_\_\_\_\_  
(Phone & Fax Numbers) (Patient Telephone) (MRN/Acct #)

### AUTORIZACION PARA DIVULGAR LA INFORMACION MÉDICA DEL PACIENTE

(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION)

\*\*\*\*\*

Yo, el paciente arriba mencionado o su padre/madre o representante legal, por medio de la presente autorizo a la clínica arriba mencionada a:

|  |                                      |             |
|--|--------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Proporcionar a:                   | <input type="checkbox"/> Obtener de: | Período     |
| Nombre de la entidad o persona:<br>(Name of Entity/Person) | Del:<br>(From)                       | Al:<br>(To) |
| Dirección: (Address)                                       | Teléfono: (Phone)                    |             |
| Ciudad, Estado y Código Postal:<br>(City, State & Zip)     | Fax:                                 |             |

La siguiente información de salud e identidad personal para el (los) propósito(s) identificado(s) a continuación:

| Información (marque uno o más):<br>[Information (check one or more)]   | Para el propósito de (marque uno por lo menos)<br>[For the Purpose Of (check at least one)]  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunas<br>(Immunization record)  | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos<br>(Medication List)  |
| <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio/patología<br>(Lab/pathology reports)  | <input type="checkbox"/> Discapacidad<br>(Disability)  |
| <input type="checkbox"/> Reportes del Diagnóstico<br>(Diagnostic reports)  | <input type="checkbox"/> Representante Legal/Abogado<br>(Legal/Attorney)   |
| <input type="checkbox"/> Notas de la consulta medica<br>(Office Visit Notes*)  | <input type="checkbox"/> Seguro médico<br>(Insurance)  |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación<br>(Billing records)   | <input type="checkbox"/> Escuela<br>(School)   |
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo (No incluye información financiera)*<br>(Complete clinical record) (Does not include billing records)* | <input type="checkbox"/> Información general no específica hecha a petición<br>del paciente (General Non-specific Patient Request) |
| <input type="checkbox"/> Registros de abuso de alcohol/drogas (42 CFR Part2)<br><input type="checkbox"/> [Alcohol/Substance Abuse records (42 CFR Part 2)] | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____   |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____   | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____   |

**AVISO AL DESTINATARIO :** Las normas federales prohíben que el destinatario divulgue a terceros cualquier registro de abuso de alcohol o drogas divulgado bajo esta autorización a menos que el destinatario haya recibido un consentimiento por escrito de la persona a la que le pertenece, o de otra manera como lo permita la segunda parte de la norma 42 CFR.

**Reconocimientos.** Yo entiendo y reconozco que:

- La información de salud e identidad personal puede incluir información relacionada a enfermedades contagiosas como el Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH") y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA"), enfermedad mental (\*a excepción de las notas de psicoterapia), exámenes genéticos, dependencia química o de alcohol, resultados de exámenes de laboratorio, historia médica, tratamiento, o cualquier otro tipo de información que esté relacionada.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y el negarme no afectará el poder recibir atención médica o artículos médicos.
- La entidad o persona que reciba información bajo esta autorización puede no estar sujeta a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) o a las normas estatales de privacidad, y la información divulgada no estará protegida por las normas federales o estatales de privacidad.
- Yo podría cancelar en cualquier momento esta autorización al enviar por escrito un aviso de revocación a la clínica en la dirección escrita en la esquina superior izquierda. La revocación no afectará cualquier uso o divulgación que la Clínica haya realizado antes de haber recibido la revocación por escrito.

**FECHA DE VENCIMIENTO:**

La autorización vence 180 días después de la fecha de su firma o como lo indica lo siguiente:

\_\_\_\_\_  
(Fecha o evento)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante del paciente

Relación con el paciente (si el solicitante no es el paciente)

Padre

Tutor\*

Otro\*: \_\_\_\_\_

\*Anexe el documento legal

\*\*\*\*\*

FOR STAFF USE ONLY

Date request received: \_\_\_\_\_ Date request completed: \_\_\_\_\_ # of pages released: \_\_\_\_\_

Paper Copies

Electronic Copy

Staff Name: \_\_\_\_\_