

Autorización para revelar información médica protegida *Authorization to Disclose Protected Health Information*

Nombre del paciente: _____
Otros nombres utilizados: _____
Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal
Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Instrucciones: Complete todas las secciones que correspondan para autorizar a UT Southwestern Medical Center (UTSW) para que revele información a otro proveedor o solicitante. UT Southwestern no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios a que se complete este formulario.

Devuelva el formulario a:

Health Information Management – Release of Information
Fax: 214-645-9141
Correo electrónico: medical.records@utsouthwestern.edu
Tel.: 214-645-3030, opción 1, opción 1

Dirección:

Health Information Management – Release of Information
5323 Harry Hines Boulevard
Mail Code 8525
Dallas, Texas 75390-8525

Aviso para el paciente: Esta sección es obligatoria y se aplica a todas las solicitudes

Nota: Esta sección es obligatoria y debe completarse. Es necesario presentar las dos páginas de esta autorización. Los registros solicitados se proporcionan en formato electrónico (p. ej., CD, MyChart, portal de archivo seguro), a menos que se pidan en papel. No se aceptan firmas electrónicas.

Por el presente, autorizo a UT Southwestern Medical Center a revelar mi información médica protegida (PHI). Es necesario presentar una identificación con fotografía válida emitida por el gobierno para asegurar la privacidad y la confidencialidad del paciente. **Entiendo que puede cobrarse por el procesamiento y envío de la información solicitada.**

A. Entiendo que la información se revelará con el siguiente objetivo: **(Marque todas las que correspondan)**

- Abogado/Legal Atención médica Expediente del paciente Pago por cuenta propia del saldo de cuenta financiera (MyChart)
 Facturación o reclamos Seguro Solicitud de revisión Otro _____
 Discapacidad Fuerzas armadas Escuela

B. Entiendo que la información solicitada se revelará a:

Nombre/Nombre del centro: _____

A la atención de: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Fax: _____

C. Todos los expedientes se enviarán en formato electrónico (CD, MyChart o portal de archivo seguro), a menos que indique otra cosa:

- electrónico papel

Nota: Los costos pueden variar según lo que elija

D. Marque el método de entrega que elige:

- Portal de archivo seguro Fax MyChart (solo para pacientes) Correo
 Recogida de registros (se debe presentar una identificación con fotografía válida emitida por el gobierno) Otro _____

Sección 1. Registros médicos generales. Marque solo las casillas que correspondan

A. Información que se revelará:

- Registros de facturación Registros de estudios de familiares Informes de laboratorio Muestras de patología
 Informes de consultas Historia médica y física Hojas de medicamentos Informes de patología
 Ficha con información demográfica Atención médica a domicilio Mensajes de MyChart Registros pediátricos
 Resumen del alta Notas de evolución en el hospital Notas de visitas en el consultorio Registros de procedimientos
 Departamento de Emergencias Notas de operaciones Registros de tratamiento de radiación
 Material o dispositivos extraídos Registro de vacunas Bloques para patología (solo con fines legales) Expediente médico completo
 Otra _____

B. Período o fecha de la información que se revelará: Desde: _____ (Mes/Año) Hasta: _____ (Mes/Año)

C. Médicos de UTSW encargados: _____ o todos los médicos

D. Nombre de la clínica/hospital de UTSW: _____

Nota: Entiendo que el expediente entregado puede estar incompleto y que se seguirá agregando documentación adicional durante mi estancia. Entiendo que puedo solicitar una copia completa aproximadamente 30 días después del alta.

Autorización para revelar información médica protegida *Authorization to Disclose Protected Health Information*

Nombre del paciente: _____
 Otros nombres utilizados: _____
 Dirección: _____
 Ciudad Estado Código postal
 Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____
 Dirección de correo electrónico: _____

Sección 2. Registros de imágenes/radiología. Marque solo las casillas que correspondan

- A. Información que se revelará:
- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Densidad ósea | <input type="checkbox"/> EKG/ECHO | <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> PET |
| <input type="checkbox"/> CT/CAT | <input type="checkbox"/> Radiología intervencionista | <input type="checkbox"/> Exploración por medicina nuclear | <input type="checkbox"/> Ecografía/ultrasonido |
| <input type="checkbox"/> Imágenes dentales | <input type="checkbox"/> Mamografías | <input type="checkbox"/> Imágenes de oftalmología | <input type="checkbox"/> Radiografía |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |
- B. Informes solamente Imágenes solamente Imágenes e informes
- C. Período o fecha de la información que se revelará: Desde: _____ Hasta: _____
(Mes/Año) (Mes/Año)
- D. Médicos de UTSW encargados: _____ o todos los médicos
- E. Todos los registros se enviarán en formato electrónico (CD, Lifelimage o portal de archivo seguro), a menos que indique otra cosa:
 electrónico papel **Nota: Los costos pueden variar según la elección**
- F. Marque el método de entrega que corresponda: Portal de archivo seguro Fax (informes solamente) Portal Lifelimage Recogida Correo

Sección 3. Registros de genética, psiquiatría/salud conductual e investigación. Marque solo las casillas que correspondan

- A. Registros de genética Especifique: _____ Expediente médico completo
 Fechas de la información que se revelará: Desde: _____ Hasta: _____ Nombre del médico (si lo sabe): _____
(Mes/Año) (Mes/Año)
- B. Registros de psiquiatría/salud conductual
 Formulario de certificación del proveedor de atención médica Especifique: _____ Expediente médico completo
 Fechas de la información que se revelará: Desde: _____ Hasta: _____ Nombre del médico (si lo sabe): _____
(Mes/Año) (Mes/Año)
- C. Registros de investigación Especifique: _____ Expediente médico completo
 Fechas de la información que se revelará: Desde: _____ Hasta: _____ Nombre del médico (si lo sabe): _____
(Mes/Año) (Mes/Año)

Sección 4. Expedientes médicos de estudiantes. Marque solo las casillas que correspondan

- A. Información que se revelará:
 Registro de vacunas Registro de bienestar y consejería del estudiante Expediente médico completo
- B. Fechas de la información que se revelará: Desde: _____ Hasta: _____ Nombre del médico (si lo sabe): _____
(Mes/Año) (Mes/Año)

Aceptación del paciente. Esta sección se aplica a todas las solicitudes

- Este formulario de autorización específico no autoriza la revelación de registros de tratamientos por abuso de sustancias. Se debe completar por separado una "Autorización para revelar registros de tratamientos por abuso de sustancias".
- Entiendo que los registros usados y revelados conforme a esta autorización pueden incluir información relacionada con: asesoramiento genético; tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); historia de consumo de drogas o alcohol; salud mental y conductual o atención psiquiátrica; u otra información confidencial.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en lo que UT Southwestern haya utilizado esta autorización. La revocación escrita debe enviarse al Departamento de Revelación de Información. A menos que se revoque de otro modo, entiendo que la fecha o el evento con el que vence esta autorización es **180 días** desde la fecha de la firma. Una copia fotostática de esta autorización se considera válida como el original.
- Entiendo que, si alguno de los destinatarios de esta información mencionados arriba no es una "entidad cubierta" según las leyes federales o del Estado de Texas sobre privacidad, la información podría dejar de estar protegida por esas leyes una vez que se la revele al destinatario y, por lo tanto, podría estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario.
- Entiendo que, de acuerdo con el capítulo 159 del Código Ocupacional de Texas, artículo 159.005 (e), y la HIPAA, podrían volver a revelarse los registros recibidos de otro proveedor de atención médica que participe en mi atención o tratamiento.

Nombre del paciente en letra de molde _____ Firma del paciente (No se acepta firma electrónica) _____ Fecha _____

*Nombre del representante legal en letra de molde _____ Firma del representante legal _____ Fecha _____

***Nota:** Se exigirá una prueba de autoridad legal a los representantes legales.

Si es representante, especifique la relación con el paciente _____

Solo para la revelación de la información: Fecha de revocación de la autorización, si corresponde _____