



AUTORIZO LA SIGUIENTE AL REVELAR LA SALUD DEL INDIVIDUO PROTEGIDA

INFORMACION:

Persona/Nombre De Organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿QUIEN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACION DE SALUD?

Persona/Nombre De Organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Razón De Divulgación (Elegir sólo una opción)

- Tratamiento/Continuación de Atención Médica
- Uso Personal
- Facturación o Reclamaciones
- Seguro Medico
- Efectos Legales
- Determinación de Incapacidad
- Escuela
- Empleo
- Otro \_\_\_\_\_

¿QUE INFORMACION PUEDE SER DIVULGADA? Complete lo siguiente indicando que artículos quiere divulgar. La firma de un paciente menor de edad se requiere para liberar algunos artículos. Si necesita toda la información de salud, marque la primera caja.

- Toda Información Médica
- Órdenes de Médicos
- Notas de Progreso
- Reportes de Patología
- Historia/Examen Físico
- Alergias del Paciente
- Informe de Alta
- Dirección de Envío
- Medicamentos del Pasado/Presente
- Informes de Operaciones
- Informes de Pruebas de Diagnósticos
- Informes de Radiología e Imágenes
- Informes de Laboratorio
- Informes de Consulta
- EKG/Informes de Cardiología
- Otro: \_\_\_\_\_

Sus iniciales se necesitan para liberar la siguiente información:

- \_\_\_\_\_ Registros de Salud Mental (excluyendo notas de psicoterapia)
- \_\_\_\_\_ Registros de Abuso de Drogas, Alcohol, o Sustancias
- \_\_\_\_\_ Información Genética (incluyendo Resultados de Pruebas Genéticas)
- \_\_\_\_\_ Resultados de Prueba/Tratamiento Del VIH/SIDA

PERIODO DE TIEMPO EFECTIVO: Menos que sea revocada, esta autorización expirará 180 días desde la fecha de la firma; o la siguiente fecha (opcional): Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

DERECHO DE REVOCAR: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a la Universidad of Texas Health Science Center en Tyler conocida como UT Health Northeast, la divulgación de información por escrito en UTHSCT, Atención: Divulgación de Información, 11937 Hwy 271, Tyler, TX 75708 de mi intención de revocar esta autorización. Sin embargo, también entiendo que tal revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier información ya utilizada o revelada por UTHSCT antes UTHSCT recibido mi notificación escrita de revocación.

FIRMA DE AUTORIZACION: He leído esta forma y de acuerdo a los usos y divulgaciones de la información como se describe. Yo entiendo que negarse a firmar este formulario no se detiene la divulgación de información de salud que se ha producido con anterioridad a la revocación o que se lo permita la ley sin mi autorización específica o permiso, incluyendo la divulgación a las entidades cubiertas a lo dispuesto por Texas Health & Safety Code § 181.154 (c) y / o 45 CFR § 164.502 (a) (1). Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

Firma X \_\_\_\_\_

Firma de la persona o del individuo representante legalmente autorizado

\_\_\_\_\_

FECHA

Nombre del representante legalmente autorizado (si procede):

\_\_\_\_\_

Si el representante, especifique relación con el individuo: • Padre/Madre • Guardián

• Other \_\_\_\_\_

Se requiere la firma de un individuo menor para la liberación de ciertos tipos de información , incluyendo por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva , enfermedades de transmisión sexual y de drogas, alcohol o abuso de sustancias y tratamiento de salud mental (Véase, por ejemplo , Tex . Fam. Code § 32.003)

FIRMA X \_\_\_\_\_

FIRMA DE INDIVIDUO MENOR

\_\_\_\_\_

FECHA