



**Autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida**

Nombre del paciente o de la persona: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

Autorizo a la siguiente clínica o a su personal administrativo y clínico

\_\_\_\_\_  
Nombre de la entidad y de las personas que divulgarán la información

\_\_\_\_\_  
Dirección de la entidad o de las personas que divulgarán la información

a (marque todas las opciones que correspondan):

- usar la siguiente información médica protegida y/o
- divulgar la siguiente información médica protegida a:

\_\_\_\_\_  
Nombre del destinatario (entidad o personas) que recibirá la información

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección del destinatario (entidad o personas) que recibirá la información

- Por correo a la dirección proporcionada arriba.
- Por fax al \_\_\_\_\_

Describa la información que se usará o divulgará, incluida la fecha de servicio, el tipo de servicio, el nivel exacto de detalles que se divulgará, el origen de la información, etc., si se conoce:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

**Expedientes psiquiátricos, de abuso de drogas y alcohol, de psicoterapia o de VIH/SIDA**

Comprendo que, si mi información solicitada anteriormente contiene datos que hacen referencia a abuso de drogas o alcohol, atención psiquiátrica, notas de psicoterapia, enfermedades de transmisión sexual, VIH, SIDA, pruebas de hepatitis B o C, u otra información sensible, acepto su divulgación. **MARQUE UNA OPCIÓN**    Sí    No

Esta información médica protegida se usará o divulgará para los siguientes fines:

- A solicitud de la persona (usar solo si la solicitud la hace el paciente o el representante personal)
- Participación en un estudio de investigación
- Solicitud para beneficios del gobierno
- Otro (indique los fines específicos): \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida hasta que ocurra el fallecimiento de la persona, alcance la mayoría de edad o se revoque la autorización, lo que ocurra primero; o

- hasta la siguiente fecha/acontecimiento (indique la fecha de caducidad o el acontecimiento): \_\_\_\_\_

Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento al enviar una notificación escrita al contacto de Privacidad del Centro:

Nora Saavedra, MD  
Airline Children's Clinic  
5808 Airline Drive  
Houston, Texas 77076

Comprendo que, si luego revoco esta autorización, la revocación no tiene validez para los usos o las divulgaciones que el Centro haya hecho antes de recibir la revocación.

Comprendo que el destinatario puede divulgar la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización y es posible que esta información ya no esté protegida por la ley federal o estatal en virtud de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996.

Comprendo que el Centro no condicionará mi tratamiento, pago e inscripción en un plan médico o elegibilidad para recibir beneficios al hecho de que proporcione autorización para el uso o la divulgación solicitados de la información médica protegida.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o representante personal, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente, si es el representante personal

**[Proporcionar una copia de este formulario al paciente.]**