



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
Privacy Officer
Vecino Health Centers
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.]