


**AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE/ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

<input type="checkbox"/> St. Joseph Regional Hospital <input type="checkbox"/> College Station Hospital <input type="checkbox"/> Burluson Hospital	<input type="checkbox"/> Grimes Hospital <input type="checkbox"/> Madisonville Hospital <input type="checkbox"/> Centro de CHI St. Joseph (especifique) _____
--	---

Yo, \_\_\_\_\_, **[nombre en letra de imprenta de la persona (por ejemplo, paciente, residente o cliente)]** por medio del presente, autorizo al o a los centros anteriormente marcados para que utilicen y divulguen la información de salud protegida conforme se describe a continuación para el siguiente paciente:

<b>Nombre del paciente</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>
<b>Dirección</b>		<b>Teléfono</b>
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>

**Autorizo que la o las siguientes personas u organización reciban la información:**

<b>Nombre</b>		
<b>Dirección</b>		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Teléfono</b>	<b>Fax</b>	<b>Correo electrónico</b>

**La siguiente información de salud de identificación individual se puede usar o divulgar:**

(A continuación se indican los documentos que se solicitan con mayor frecuencia. Esto no constituye todo su expediente médico, que usted tiene derecho a solicitar\*).

Marque (✓) todas las opciones que correspondan:

<input type="checkbox"/> Resumen (incluye <sup>1</sup> ) <input type="checkbox"/> Resumen del alta/diagnóstico final <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Expedientes de antecedentes y exámenes físicos <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Informes de consultas <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Operaciones y procedimientos <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de diagnóstico <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Expedientes de salas de emergencias <input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación <input type="checkbox"/> Informes de radiología (por ejemplo: radiografías) <input type="checkbox"/> Otros informes de diagnóstico <input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico (preparadas por el depto. de radiología) <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia <input type="checkbox"/> Notas de médicos <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Factura detallada
---	--	---

<b>Fechas de tratamiento que se deben divulgar:</b>	<b>Desde:</b>	<b>Hasta:</b>
<b>Motivo o finalidad del uso o la divulgación de la información:</b>		

**Solicito que la información se proporcione de forma:**

- Electrónica (Portal)   
  Impresa (correo de EE. UU. o recogida)   
  Electrónica (correo electrónico seguro)  
 Otra (USB, etc. \*\*) \_\_\_\_\_

*\*\*El centro debe proporcionar el dispositivo*

## AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE/ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Autorizo la divulgación de cualquier información que contengan los expedientes anteriores en relación con el tratamiento de consumo de estupefacientes o alcohol, afecciones relacionadas con drogas, alcoholismo, afección psiquiátrica/psicológica, tratamiento psiquiátrico/de salud mental o afecciones asociadas al VIH.

**Prohibición de condicionamiento de autorización:** el proveedor de atención médica no condicionará el tratamiento a que usted firme esta autorización a menos que:

- Usted esté recibiendo un tratamiento relacionado con una investigación; o
- El único motivo del centro que le brinda atención sea presentar un informe a un tercero, como su empleador (por ejemplo, aptitud para volver al trabajo) o escuela (por ejemplo, examen físico para ed. física).

**Otra divulgación:** entiendo que es posible que la información que se utilice o divulgue de acuerdo con esta autorización ya no esté protegida por la ley federal de privacidad (conocida como HIPAA) y que el receptor de mi información de salud podría volver a divulgarla. Sin embargo, en virtud de los Requisitos federales sobre la confidencialidad de la información sobre el consumo de estupefacientes, parte 2 del título 42 del Código de Reglamentos Federales, se puede prohibir al receptor que divulgue información identificable sobre el consumo de estupefacientes.

**Vencimiento:** esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de su firma a menos que el centro reciba una revocación como se indica a continuación.

**Revocación:** entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al centro por escrito mediante el envío de una carta a la entidad de CHI especificada en esta autorización o al llenar el formulario de Revocación de autorización.

Entiendo que el hecho de revocar esta autorización no afectará de modo alguno las acciones que se hayan emprendido con anterioridad a la recepción de la carta de revocación. Asimismo, entiendo que el centro no puede rescindir ninguna divulgación que ya se haya realizado y que podrá usar mi información de salud según sea necesario para facturar y cobrar los servicios prestados.

**Esta autorización es vinculante:** las declaraciones hechas en esta autorización son vinculantes y determinantes, y entiendo que prevalecen sobre las declaraciones realizadas en el Aviso de prácticas de privacidad del centro.

Entiendo que se puede cobrar una tarifa por las copias de mi expediente médico.

*Si esta autorización es para fines de marketing de la entidad cubierta, indique si la entidad cubierta recibirá alguna retribución por el uso y la divulgación de la información de salud protegida.*     Sí    No

<b>FIRMA DE LA PERSONA O REPRESENTANTE PERSONAL</b>	<b>FECHA (obligatoria)</b>
<b>Nombre en letra de imprenta del representante personal de la persona, si procede:</b>	
<b>Motivo para actuar como representante personal de la persona (por ejemplo, padre/madre, tutor legal):</b>	
(Incluya documentación de respaldo, como un poder notarial u otros documentos que establezcan su condición de representante personal, cuando corresponda).	