

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE  
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION**

Nombre del paciente/Name of Patient: \_\_\_\_\_ Teléfono/Phone Number: \_\_\_\_\_

Otros nombres/Other Names Used: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento/Date of Birth: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social/Social Security Number: XXX -- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Yo, el suscrito, autorizo la divulgación de la información descrita a continuación, o bien solicito acceso a dicha información, incluida en la(s) historia(s) clínica(s) del paciente mencionado anteriormente.

**SE NECESITA LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA: ELIJA UNA OPCIÓN**

- |   |   |                                       |                                  |                                 |
|---|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atención médica continuada | <input type="checkbox"/> Militar                      | <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Seguro |
| <input type="checkbox"/> Fines jurídicos            | <input type="checkbox"/> Seguro Social o discapacidad | <input type="checkbox"/> OTROS: _____ |                                  |                                 |

**FECHA(S) DEL TRATAMIENTO:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN QUE DEBA DIVULGARSE O A LA QUE DEBA ACCEDER:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y exploraciones físicas          | <input type="checkbox"/> Informe de consulta                               | <input type="checkbox"/> Registros de la sala de urgencias       |
| <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos                              | <input type="checkbox"/> Alta hospitalaria/Certificado médico de defunción | <input type="checkbox"/> Informe del paciente                    |
| <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio y datos anatomopatológicos | <input type="checkbox"/> Informe radiológico                               | <input type="checkbox"/> Instrucciones para el alta hospitalaria |
| <input type="checkbox"/> Salud del comportamiento                          | <input type="checkbox"/> Radiografías                                      | <input type="checkbox"/> OTROS _____                             |

**FORMATO SOLICITADO PARA LA INFORMACIÓN QUE SE DEBE PROPORCIONAR:**

- Papel       Medios electrónicos\* (demora 2 días hábiles)       Divulgar a mi cuenta de MyCare\* (solo es válido para datos que estén almacenados en formato electrónico)

**MÉTODO DE ENTREGA:**

- Recogida (Se le notificará por teléfono cuando la información se pueda recoger)  
 Enviar por correo postal a la dirección indicada a continuación

se autoriza la divulgación de la información que antecede a:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del hospital/Hospital Name)

\_\_\_\_\_  
(Nombre/Name)

\_\_\_\_\_  
Dirección (calle, estado y código postal)/Address (Street, State, Zip Code)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono/Phone Number

Entiendo que mi historia clínica es confidencial y no puede ser divulgada sin mi autorización escrita, salvo que la ley disponga lo contrario. La información utilizada o divulgada de conformidad con la presente autorización podrá encontrarse sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor sin contar con la protección mencionada. Entiendo que la información especificada que deba divulgarse podrá incluir, a modo de ejemplo: historia clínica, diagnósticos o tratamientos por drogadicción o alcoholismo, enfermedades mentales o enfermedades transmisibles, entre otros, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Entiendo que el tratamiento o el pago no puede supeditarse a que haya firmado la presente autorización, salvo en determinadas circunstancias como es el caso de la participación en programas de investigación, o la autorización de divulgación de los resultados de exámenes a efectos de la obtención de un nuevo empleo. Entiendo que podré revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, siempre y cuando se hayan tomado medidas como consecuencia de dicha autorización. Asimismo, entiendo que se me podrá cobrar un cargo por búsqueda y procesamiento de información y por las copias de la historia clínica emitidas de acuerdo con las disposiciones legales que regulan la habilitación de hospitales en Texas.

La presente autorización dejará de tener validez transcurridos 180 días a partir de que la haya firmado, a menos que la revoque antes de que se cumpla dicho período o que se indique de otro modo en función de la fecha, el acontecimiento o la situación que se describe a continuación:

\_\_\_\_\_.

Fecha/Date: \_\_\_\_\_ Firma/Signature: \_\_\_\_\_  
Paciente o representante legalmente autorizado/Patient or Legally Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del paciente o del representante legalmente autorizado /Printed Name of Patient or Legally Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
For Department use: MRN/Acct #

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente/Relationship to Patient



\*9810 \*

