

# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE/ AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION

Nombre del paciente/Name of Patient: \_\_\_\_\_

Número de teléfono/Phone Number: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento/Date of Birth: \_\_\_\_\_

Otros nombres/Other Names Used: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social/Social Security Number: XXX - - -

Yo, el que suscribe, autorizo la divulgación o solicito que se brinde acceso a la información detallada a continuación incluida en la(s) historia(s) clínica(s) del paciente mencionado anteriormente.*I, the undersigned, authorize the release of or request access to the information specified below from the medical record(s) of the above-named patient.*

## SE REQUIERE INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA/PATIENT INFORMATION IS NEEDED FOR:

(Elija una opción/Please select one option.)

- Atención médica continua/Continuing Medical Care  
 Escuela/School  Seguro/Insurance  
 Seguro social/Social Security/Disability

- Militar/Military  Uso personal/Personal Use  
 Fines legales/Legal Purposes  
 Otros/Other: \_\_\_\_\_

FECHA(S) DE TRATAMIENTO/DATE(s) OF TREATMENT: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ O A LA CUAL SE PODRÁ ACCEDER/INFORMATION TO BE RELEASED OR ACCESSED:

- Historial y Examen físico/History & Physical  
 Instrucciones del alta/Discharge Instructions  
 Informes de Radiología/Radiology Reports  
 Informes de laboratorio/patología/Lab/Pathology Reports  
 Inmunizaciones/Immunizations  
 Registro de la sala de emergencias/Emergency Room Record  
 Hoja principal/Face Sheet
- Resumen del alta/fallecimiento/Discharge/Death Summary  
 Informes operativos/Operative/Procedure Reports  
 Notas clínicas/Clinic Notes  
 Imágenes de radiología/Radiology Images  
 Salud del comportamiento/Behavioral Health  
 Consultation Report/Consultation Report  
 Otros/Other: \_\_\_\_\_

## FORMATO SOLICITADO PARA BRINDAR LA INFORMACIÓN/FORMAT REQUESTED FOR INFORMATION TO BE PROVIDED:

- Impreso/Paper  Digital/Electronic Media

## MÉTODO DE ENTREGA/METHOD OF DELIVERY:

- Para retirar en persona (cuando la información esté lista para retirar, se le notificará por vía telefónica)/  
*Pick Up (You will be notified via a telephone call when records are ready.)*  
 Enviar por correo postal a la dirección a continuación/Mail to Address Listed Below  
 Liberar a la cuenta de MyChart/Release to MyChart Account  
 Enviar por correo electrónico a/Email to: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Elija una opción/Choose one:  Encriptada/Encrypted  Sin encriptar/Unencrypted

La información de salud será enviada por correo electrónico encriptado a menos que yo especifique lo contrario. Al solicitar el envío por correo electrónico no encriptado, reconozco que existe cierto grado de riesgo de que la información de salud pueda ser accedida por un tercero.*The health information will be sent by encrypted email unless I specify otherwise. By requesting unencrypted email, I acknowledge that there is some risk that health information could be accessed by a third party.*

Nombre del centro/Facility Name

La información indicada anteriormente se puede divulgar a/May release the above information to:

Nombre/Name

Dirección (calle, estado, código postal)/Address (Street, City, State, Zip Code)

Número de teléfono/Phone Number

Comprendo que mi historia clínica es confidencial y no puede divulgarse sin mi autorización escrita, salvo en cuanto la ley lo permita. El destinatario puede volver a divulgar la información que se utilice o divulgue de conformidad con esta autorización, en cuyo caso es posible que ya no sea información protegida. Entiendo que la información detallada cuya divulgación autorizo podría incluir, entre otros datos: antecedentes, diagnósticos o tratamientos de abuso de drogas o alcohol, y enfermedades mentales o contagiosas, lo que incluye el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Entiendo que el tratamiento o el pago no pueden estar condicionados al hecho de que yo firme esta autorización, excepto en determinadas circunstancias, como en el caso de participar en programas de investigación o de autorizar la divulgación de resultados de pruebas para la preselección laboral. Entiendo que podré revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan realizado acciones en virtud de dicha autorización. Entiendo que se me puede cobrar una tarifa por el procesamiento o la recuperación de las copias de mis historias clínicas, de conformidad con la ley que regula los hospitales de Texas.

Esta autorización vencerá después de ciento ochenta (180) días de la fecha de mi firma, a menos que yo mismo la revoque antes de dicha fecha o que se especifique lo contrario por fecha, evento o condición de la siguiente manera: \_\_\_\_\_

Firma/Signature: Paciente o representante legalmente autorizado/  
Patient or Legally Authorized Representative

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

Fecha/Date

For Department Use: MRN/Acct #

Relación con el paciente/Relationship to Patient

FACILITY NAME MUST BE FILLED IN BLANK BELOW



 **Texas Health®**

PATIENT IDENTIFICATION

\*ROI\*

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION

Page 1 of 1  
998540768S (09/20)