

Las autorizaciones entregadas personalmente se aceptan en el centro donde se proporcionaron los servicios - Nota: Incluir una copia de una identificación válida con foto con la Autorización

**Para que la Autorización sea válida deben llenarse todas las secciones.**

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Últimos 4 dígitos del Seguro Social (opcional).</b>
<b>Alias del paciente:</b>	<b>Número de contacto del paciente:</b>	
<b>Nombre del destinatario:</b>	<b>Teléfono del destinatario:</b>	<b>Fax del destinatario:</b>

**Dirección del destinatario (ciudad, estado código postal):**

**Solicitar envío (Si se deja en blanco, se proporcionará una copia impresa):**  **Copia impresa**  **Medios electrónicos, si están disponibles (p. ej., memoria USB, CD/DVD)**  **Correo electrónico cifrado**  **Correo electrónico no cifrado**

NOTA: En el caso de que el centro no pueda hacer una entrega electrónica según lo solicitado, se ofrecerá un método de entrega diferente (p. ej., copia impresa). Existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pueda ver su información de salud protegida (PHI) sin su consentimiento al recibir un correo electrónico o un dispositivo electrónico no cifrado. Nosotros no somos responsables del acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato o cualquier riesgo (p. ej., virus) potencialmente introducido a su computadora/dispositivo al recibir la PHI en formato electrónico o correo electrónico.

**Dirección de correo electrónico (si marcó correo electrónico arriba) Escriba con letra clara):**

**Objetivo de la divulgación:**

¿Esta solicitud es para notas de psicoterapia?  Sí, entonces este es el único artículo que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para el resto de artículos a continuación.  No, entonces puede marcar todos los artículos que necesite.

<b>Descripción:</b>	<b>Fechas:</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Fechas:</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Fechas:</b>
<input type="checkbox"/> Resumen ( <i>más común</i> ) <input type="checkbox"/> Pruebas clínicas <input type="checkbox"/> Información sobre ER <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta <input type="checkbox"/> Documentación sobre operaciones		<input type="checkbox"/> Informes médicos dictados <input type="checkbox"/> Notas de progreso del médico <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos <input type="checkbox"/> Historial médico completo <input type="checkbox"/> Otros: _____		<b>Información Confidencial</b> <input type="checkbox"/> Prueba de VIH <input type="checkbox"/> Documentación de VIH y SIDA <input type="checkbox"/> Documentación psiquiátrica <input type="checkbox"/> Documentación sobre el abuso de drogas y alcohol	

Por este medio autorizo al Hospital marcado a continuación para que divulgue los registros al destinatario identificado arriba.

A continuación se indica HCA Houston Healthcare Facility:

- |                                     |                                         |                                                |                                                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clear Lake | <input type="checkbox"/> Medical Center | <input type="checkbox"/> Southeast             | <input type="checkbox"/> Corpus Christi Medical Center (+ Campuses) |
| <input type="checkbox"/> Conroe     | <input type="checkbox"/> Northwest      | <input type="checkbox"/> Specialty Hospital MC | <input type="checkbox"/> Rio Grande Regional Hospital               |
| <input type="checkbox"/> Kingwood   | <input type="checkbox"/> North Cypress  | <input type="checkbox"/> Tomball               | <input type="checkbox"/> Texas Orthopedic Hospital                  |
| <input type="checkbox"/> Mainland   | <input type="checkbox"/> Pearland       | <input type="checkbox"/> West                  | <input type="checkbox"/> The Woman's Hospital of Texas              |
|                                     |                                         |                                                | <input type="checkbox"/> Valley Regional Medical Center             |

Este consentimiento será inválido y vencerá en 180 días a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique algo distinto:

**Fecha de vencimiento:** \_\_\_\_\_ **o** **Evento de vencimiento:** \_\_\_\_\_

Comprendo que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria
- Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no pueden condicionarse por mi firma en esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre ninguna de las medidas tomadas previo a recibir esta revocación. Encuentre más detalles en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Si el solicitante o el destinatario no son un plan médico o un proveedor de cuidados de salud, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad y puede volver a divulgarse.
- Comprendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario por un pago razonable por copia, si lo solicito.
- Obtengo una copia de este formulario después de firmarlo.

A menos que marque específicamente a continuación que no doy mi consentimiento, estoy expresamente consintiendo a la divulgación de información relacionada a pruebas o tratamiento psiquiátrico o psicológico, capacitación en biorretroalimentación, diagnóstico de abuso de drogas o alcohol, pronóstico y tratamiento y pruebas o resultados de VIH/SIDA, información genética, o dicha divulgación estará limitada a los siguientes tipos específicos de información: **NO DOY MI CONSENTIMIENTO [ ]**

¿Es la solicitud de PHI para el propósito de mercadeo o involucra la venta de PHI?  Sí  No

Si respondió sí, el plan médico o el proveedor de cuidado de salud debe llenar a continuación, de lo contrario pase a la firma.

¿El destinatario recibirá una remuneración monetaria a cambio de usar o divulgar esta información?  Sí  No

Si respondió sí, describa: \_\_\_\_\_

¿Puede el destinatario de la PHI seguir compartiendo la información para recibir una remuneración monetaria?  Sí  No

**He leído lo anterior o alguien me lo leyó y autorizo la divulgación de la Información de Salud Protegida según lo indicado.**

<b>Firma del paciente/representante del paciente:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Nombre en letra de molde del representante del paciente:</b>	<b>Relación con el paciente:</b>

\*El representante autorizado debe presentar copias de la documentación legal que respalde su autoridad para actuar en nombre del paciente.

Identificación verificada por: \_\_\_\_\_  Identificación estatal con foto  Otro: \_\_\_\_\_