

Por la presente autorizo al hospital que se indica a continuación a publicar registros al destinatario que se menciona a continuación.

Sitios DFW:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medical City Alliance | <input type="checkbox"/> Medical City Denton | <input type="checkbox"/> Medical City Green Oaks | <input type="checkbox"/> Medical City McKinney/Wysong |
| <input type="checkbox"/> Medical City Arlington | <input type="checkbox"/> Medical City Fort Worth | <input type="checkbox"/> Medical City Las Colinas | <input type="checkbox"/> Medical City North Hills |
| <input type="checkbox"/> Medical City Dallas | <input type="checkbox"/> Medical City Frisco | <input type="checkbox"/> Medical City Lewisville | <input type="checkbox"/> Medical City Plano |

Solicitud de fecha completada/faxeada:
Total de páginas publicadas:
Solicitud completada por:

Sección A: esta sección debe completarse para solicitar todo tipo de autorización (Texas)

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE	INFORMACIÓN SOBRE EL DESTINATARIO		
Nombre del paciente:	Nombre del destinatario:		
Fecha de nacimiento del paciente:	Número de teléfono del destinatario:		
Número de teléfono del paciente:	Número de fax del destinatario: <i>(solo se puede enviar un FAX al consultorio del médico/centro médico)</i>		
Últimos cuatro dígitos del Seguro Social del paciente <i>(opcional)</i> :	Dirección del destinatario:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Solicitar de entrega (si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel): Copia en papel Medios electrónicos, en caso de estar disponibles *(por ejemplo: unidad USB, CD/DVD, entrega por medios electrónicos)* Correo electrónico cifrado Correo electrónico no cifrado
NOTA: En caso de que el centro de salud no pueda cumplir con la entrega electrónica según se solicita, se proporcionará un método de entrega alternativo *(por ejemplo: copia en papel)*. Existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pueda ver su información médica protegida sin su consentimiento tras recibirla por medios electrónicos o correo electrónico no cifrados. No somos responsables del acceso no autorizado a la información médica protegida que contiene este formato o sus riesgos *(por ejemplo, virus)* que potencialmente puedan introducirse en su computadora o dispositivo al recibir la información médica protegida en formato electrónico o mediante un correo electrónico.

Dirección de correo electrónico (si se ha marcado la opción de correo electrónico, escríbala en letra de imprenta legible): _____

Salvo que se especifique un plazo más breve, esta autorización caducará una vez transcurridos 180 días desde la fecha de su firma:
(escriba la fecha o el acontecimiento, pero no ambos). **Fecha:** _____ **Acontecimiento:** _____

Objeto de la divulgación: _____

Descripción de la información que se utilizará o divulgará

¿Esta solicitud está destinada a las notas de psicoterapia? Sí; en ese caso, este es el único ítem que puede solicitar en la presente autorización. Debe presentar otra autorización para solicitar los demás ítems que se muestran a continuación. No; en ese caso, puede marcar tantos ítems como sea necesario.

Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos		<input type="checkbox"/> Informes operativos		<input type="checkbox"/> Instrucciones del alta	
<input type="checkbox"/> Informes sobre consultas		<input type="checkbox"/> Pruebas de estrés/EEG/EKG		<input type="checkbox"/> Página de portada	
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patológicos		<input type="checkbox"/> Informes de radiología		<input type="checkbox"/> Factura desglosada/UB-04	
<input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos		<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología		<input type="checkbox"/> Registro completo	
<input type="checkbox"/> Resumen de alta/defunción		<input type="checkbox"/> Registro de sala de emergencias		<input type="checkbox"/> Otro:	

Reconozco que es posible que la información divulgada contenga datos sobre **SIDA** o resultados de **VIH**, análisis de **VIH**, resultados psiquiátricos e información sobre el consumo de drogas y de alcohol. Asimismo, por la presente, presto mi consentimiento respecto de dicha información divulgada.

 (Firme con las iniciales)

Si esta autorización tiene por objeto la divulgación de información genética, especifíquelo aquí: _____

Comprendo que:

- Puedo rehusarme a firmar esta autorización y que la firma de dicha autorización es estrictamente voluntaria.
- Mi tratamiento, el pago, la inscripción o la calidad de resultar elegible para obtener beneficios no podrá estar condicionado a la firma de esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero, de hacerlo, no producirá efecto alguno sobre los actos llevados a cabo con anterioridad a la recepción de dicha revocación. Puedo encontrar más información en el Aviso sobre prácticas de privacidad.
- Si el solicitante o el receptor no es un prestador de planes de salud o de atención sanitaria, es posible que la información publicada ya no reciba la protección de las normas federales sobre privacidad y que pueda volver a ser divulgada.
- Puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, a cambio del pago de una tarifa razonable por dicha copia, en el caso de que la solicite.
- Obtengo una copia de este formulario después de firmarlo.

Sección B: ¿La solicitud de información médica protegida es con fines de comercialización o implica la venta de información médica protegida? Si la respuesta es afirmativa, el prestador de planes de salud o de atención sanitaria debe completar la Sección B; de lo contrario, debe pasar directamente a la Sección C.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿El destinatario recibirá remuneración financiera a cambio del uso o de la divulgación de esta información? Sí No

Si la respuesta es sí, describa: _____


¿Es posible que el beneficiario de la información médica protegida intercambie más información a cambio de remuneración financiera? Sí No

Sección C: Firmas

He leído la información precedente y autorizo la divulgación de la información protegida sobre salud de la manera indicada.

Firma del paciente/representante del paciente:	Fecha:
--	--------

Aclaración de la firma del paciente/representante del paciente:	Relación con el paciente:
---	---------------------------

 10030 N. MacArthur Blvd., Irving, TX 75063
 (888) 749-7952
 Fax: (469) 484-2006

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

