

Al llenar este documento usted está proporcionando autorización para revelar y usar su información médica. Esta autorización puede perder su validez si no proporciona toda la información solicitada.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ N°. de seguro social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N°. de teléfono: _____

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a _____

a que revele a: _____ **Para el período** de atención médica desde el _____ al _____

N°. de teléfono: _____ Fax: _____

(Nombre de las personas u organizaciones autorizadas para *recibir* la información) (Dirección - calle, ciudad, estado, código postal y/o número de fax)

La siguiente información:

a. Toda la información médica referente a mi historia médica, estado mental o físico y al tratamiento recibido, -

Solo los expedientes o tipos de información médica siguientes (incluye cualquier fecha):

Resumen del alta

Consulta(s)

Todos los análisis/radiografías electrocardiogramas pertinentes

Historia y examen general

Informe de cirugía Otras: _____

Rehabilitación

Sala de urgencias

b. Autorizo específicamente la revelación de la siguiente información (ponga sus iniciales donde corresponda):

_____ Información sobre el tratamiento de afección mental.

_____ Enfermedades de transmisión sexual

_____ Resultados de pruebas del sida.

_____ Agresión sexual

_____ Información sobre el tratamiento relacionado con alcohol/drogas.

_____ Abuso y/o negligencia de menores

_____ Notas sobre tratamiento psicoterapéutico como paciente ambulatorio

PROPÓSITO

El propósito para el que se solicita el uso o revelación es: a solicitud del paciente, **U** otro:

VENCIMIENTO

Esta autorización vence el: _____

SÍRVASE CONTINUAR EN LA PÁGINA SIGUIENTE _____



**AUTHORIZATION FOR USE
OR DISCLOSURE OF
HEALTH INFORMATION
SPANISH**

* 15 *
15

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi derecho de recibir tratamiento o pagos ni mi derecho de obtener beneficios.

Puedo revisar u obtener copia de la información médica cuyo uso o divulgación se me solicita que autorice.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero deberé hacerlo por escrito y dirigir dicha revocación a:

Knapp Medical Center
ATTN: Health Information Management
1401 East. 8th Street
Weslaco, TX 78596

Mi revocación tomará efecto a partir de su recepción, excepto en la medida en que otras personas hayan actuado basados en esta autorización.

Tengo derecho de recibir copia de esta autorización.

El destinatario de la información cuya divulgación se autoriza en la presente, puede divulgarla a su vez. En algunos casos, esta nueva divulgación no está protegida por la ley de, Texas, y podría no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de Texas prohíbe que la persona que recibe mi información médica haga revelaciones adicionales de la misma, salvo que yo le extienda otra autorización para dicha revelación o que dicha revelación sea específicamente requerida o permitida por ley.

Opciones referentes al formato electrónico: De conformidad con el artículo 13405(e) (1)); 42 U.S.C. 17935 (e) (1) de la ley de tecnología informativa sanitaria para fines economicos y clínicos de la salud (HITECH, por sus siglas en inglés), usted puede solicitar que sus archivos médicos se envíen en formato electrónico a usted o a otra entidad. Elija en qué tipo de formato desea que se entregue la información. Tome en cuenta que la entidad receptora podría no aceptar los archivos en formato electrónico: Grabado en disco (CD) Papel

FIRMA

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm

Firma: _____
(paciente, representante, cónyuge, responsable financiero)

Si el suscrito no es el paciente, indique cuál es su relación legal con el paciente.

Aprobación de un psicoterapeuta licenciado para paciente psicogerítrico.

Testigo: _____



**KNAPP
MEDICAL CENTER**
AUTHORIZATION FOR USE OR
DISCLOSURE OF HEALTH
INFORMATION
SPANISH

* 15 *
15