

Autorización de uso y divulgación de información de salud protegida

Apellido del paciente en letra de molde _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Número de la seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Autorizo a The Medical Center of Southeast Texas a divulgar la información protegida de salud a:

Nombre _____ Teléfono/Número de fax _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Llame a este número de teléfono cuando los registros estén disponibles para recogerse en el hospital

OBJETIVO DEL USO O DIVULGACIÓN

Fechas aproximada(s) de servicio que se usará o divulgará _____

INFORMACIÓN QUE SE USARÁ O DIVULGARÁ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Informe de patología |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Historial y datos físicos | <input type="checkbox"/> Informes y radiografías de radiología |
| <input type="checkbox"/> Informe operativo o de procedimiento | <input type="checkbox"/> Informe(s) de ECG |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Otros |

Autorización específica para divulgar archivos delicados

Entiendo QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES PARA INCLUIR EL USO O LA REVELACIÓN DE: (marque y firme sus iniciales)

- | | | | |
|---|-----------------|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Archivos de abuso del alcohol o las drogas | Iniciales _____ | <input type="checkbox"/> Archivos psiquiátricos | Iniciales _____ |
| <input type="checkbox"/> Información sobre enfermedades de transmisión sexual | Iniciales _____ | <input type="checkbox"/> Información sobre VIH/SIDA | Iniciales _____ |

*Esta información se revela a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a quien se refiere o según lo permitan dichas normas. Una autorización general NO es suficiente para este propósito.

- Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que The Medical Center of Southeast Texas ya haya actuado confiando en esta autorización.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando o transmitiendo por fax un aviso por escrito al Ejecutivo de Privacidad, al The Medical Center of Southeast Texas, 2555 Jimmy Johnson Blvd., Port Arthur, TX 77640 o por fax 409-853-5483, indicando mi intención de revocar esta autorización.
- A menos que sea revocada, entiendo que la fecha o evento específicos en los que vence esta autorización es de un año después de firmar y fechar este formulario, a menos que aquí se indique otra cosa: _____
- Entiendo que The Medical Center of Southeast Texas no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios a que se complete este formulario de autorización.
- Entiendo que la información que se revela puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede ya no estar protegida por la ley federal de privacidad si el destinatario no es una "entidad cubierta".
- Si la casilla está marcada, el hospital recibirá una compensación financiera directa o indirecta en relación con el uso o la divulgación de su información para fines de marketing.

Firma (del paciente o su representante legal) _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta del representante legal _____ Relación con el paciente _____

TENGA PRESENTE: ESTE FORMULARIO DEBE RELLENARSE EN SU TOTALIDAD. GRACIAS POR SU CUMPLIMIENTO.



Account Number:	MR Number:
Patient Name:	
Admit Date:	



2555 Jimmy Johnson Blvd. - Port Arthur - Texas 77640
(409) 724-7389

DOB	Age	Sex	HT	WT	RM-BD	PT	SVC	FC
-----	-----	-----	----	----	-------	----	-----	----

Allergies: _____

Attending Physician Name: _____