

# Texas Vista Medical Center

A STEWARD FAMILY HOSPITAL



## Autorización de uso y divulgación de información de salud protegida

Apellido de paciente en letra de molde \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de la seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Autorizo a Texas Vista Medical Center 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 de alta                      | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio               |
| <input type="checkbox"/> Historia 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 de 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 Texas Vista Medical Center 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 Texas Vista Medical Center, 7400 Barlite Boulevard, San Antonio, TX 78224 o por fax 210-921-3357, 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 Texas Vista Medical Center 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 de 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 (de paciente o su representante legal) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta de representante legal \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

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



\* S C A - R O I \*

Authorization Use and Disclosure of PHI-Spanish

TVM\_ROI\_14000S 06/2020 Page 1 of 1 Original Medical Record