



UROLOGY OF CENTRAL TEXAS

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR DATOS MÉDICOS

Esta autorización se puede utilizar para permitir que una entidad cubierta (según la definición de dicho término por HIPAA y la ley de Texas aplicable) use o divulgue la Información de sus datos médicos de una persona. Las personas que completen este formulario deben leer el formulario en su totalidad antes de firmar y completar todas las secciones que se aplican a sus decisiones relacionadas con el uso o divulgación de sus datos médicos.

Nombre del Paciente: _____ Otros nombres utilizados: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico (Opcional): _____	
Nombre de la instalación liberando los registros: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	
Nombre de la instalación/clinica/receptor de registros: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	
Tipo de información: <input type="checkbox"/> Récord Médico a partir del (inserte fecha) _____ a (inserte fecha) _____ <input type="checkbox"/> Historial médico completo, incluidos los historiales de los pacientes, las notas de la oficina (excepto las notas de psicoterapia), los resultados de las pruebas, los estudios de radiología, las películas, las referencias, las consultas, los registros de facturación, los registros de seguros y los registros recibidos de otros proveedores de atención médica. <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Incluye: (Indica con iniciales) ____ Récords de uso de drogas, alcohol o otras sustancias ____ Récords de salud mental ____ Información relacionada con VIH/SIDA ____ Información Genética (incluyendo resultados genéticos)	El motivo de la divulgación: (Seleccione las que apliquen) <input type="checkbox"/> Tratamiento/Continuación de atención medica <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Cobros o reclamos <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Propósitos legales <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Otros (Especifique): _____

La persona que firma este formulario acepta y reconoce lo siguiente:

(i.) **Autorización Voluntaria:** Esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios (según corresponda) no estarán condicionados a mi firma de este formulario de autorización.

(ii) **Período de Vigencia:** Esta autorización estará en vigencia hasta el primero de los dos (2) años después de la muerte del paciente para quien se hizo esta autorización o la siguiente fecha especificada:

Mes: _____ Día: _____ Año: _____.

(iii.) **Derecho de Revocar:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica o entidad de atención médica que se menciona arriba. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.

(iv.) **Información Especial:** Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con **DROGAS, ALCOHOL y ABUSO DE SUSTANCIAS, INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL**, excepto notas de psicoterapia, **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH / SIDA e INFORMACIÓN GENÉTICA** solo si coloco mis iniciales en las líneas correspondientes anteriores. En el caso de que la información de salud descrita anteriormente incluya cualquiera de estos tipos de información, y yo coloco mis iniciales en las líneas correspondientes en el cuadro anterior, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la persona o entidad indicada en este documento.

(v.) **Autorización de Firma:** He leído este formulario y acepto los usos y divulgación de la información tal como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de información médica que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a que el destinatario vuelva a divulgarla y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

FIRMAS:

Paciente/Representante Legal: _____ Fecha: _____

Si es Representante Legal, relación al paciente: _____

Testigo (opcional): _____ Fecha: _____

Se requiere la firma de un individuo menor para la divulgación de ciertos tipos de información, incluida, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y abuso de drogas, alcohol o sustancias y tratamiento de salud mental.

Firma del menor (si aplica): _____ Fecha: _____