

## Autorización para divulgar información médica protegida

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Complete todas las secciones que correspondan para autorizar a UT Southwestern Medical Center a que divulgue información a otro proveedor o solicitante. UT Southwestern no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios según se complete este formulario.

**Devuelva el formulario a:**  
Health Information Management – Release of Information  
Fax: 214-645-9141  
Correo electrónico: medical.records@utsouthwestern.edu  
Teléfono: 214-645-3030, opción 1, opción 1

**Domicilio postal:**  
Health Information Management – Release of Information  
5323 Harry Hines Boulevard  
Código de correo 8525  
Dallas, Texas 75390-8525

### Aviso para el paciente: Esta sección se aplica a todas las solicitudes

**Nota: Esta es una sección obligatoria y debe completarse en su totalidad. Los registros solicitados están en formato electrónico (p. ej., CD), a menos que se soliciten en papel. Por el momento, no se aceptan las firmas electrónicas.**

Por la presente, autorizo a UT Southwestern Medical Center a divulgar mi información médica protegida. Se necesitará identificación para la privacidad y confidencialidad del paciente. **Entiendo que puede aplicarse un cargo de procesamiento y envío para la información solicitada.**

A. Entiendo que la información debe divulgarse con el siguiente objetivo: **(Marque todas las opciones que correspondan)**

- |  |                                       |   |  |
|--|---------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Abogado/Legal          | <input type="radio"/> Atención médica | <input type="radio"/> Registro del paciente | <input type="radio"/> Saldo de cuenta financiera a pagar uno mismo (MyChart) |
| <input type="radio"/> Facturación o reclamos | <input type="radio"/> Seguro          | <input type="radio"/> Solicitud de revisión |  |
| <input type="radio"/> Discapacidad           | <input type="radio"/> Ejército        | <input type="radio"/> Escuela               | <input type="radio"/> Otro _____   |

B. Entiendo que la información solicitada se divulgará a:

Nombre/Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

C. Marque el método de entrega solicitado:  Portal de correo electrónico  MyChart\* (paciente únicamente)  Retiro de registros

*Nota: Los costos pueden variar según la selección*  Fax  Correo postal  Otro \_\_\_\_\_

### Sección 1: Información que se divulgará. Marque todos los recuadros que correspondan

A. Información que se divulgará: **(Marque todas las opciones que correspondan)**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> Registros de facturación   | <input type="radio"/> Depto. de Emergencias                          | <input type="radio"/> Atención médica a domicilio       | <input type="radio"/> Notas de consulta en consultorio |
| <input type="radio"/> Grupo sanguíneo            | <input type="radio"/> Materiales explantados, dispositivos o equipos | <input type="radio"/> Notas de evolución en el hospital | <input type="radio"/> Registros operativos             |
| <input type="radio"/> Expediente médico completo | <input type="radio"/> Hoja principal                                 | <input type="radio"/> Vacunas                           | <input type="radio"/> Bloques de patología             |
| <input type="radio"/> Informes de consultas      | <input type="radio"/> Registros de estudios familiares               | <input type="radio"/> Informes de laboratorio           | <input type="radio"/> Portaobjetos de patología        |
| <input type="radio"/> Moldes dentales            | <input type="radio"/> Historial médico y físico                      | <input type="radio"/> Hojas de medicamentos             | <input type="radio"/> Informes de patología            |
| <input type="radio"/> Informes dentales          | <input type="radio"/> Mensajes de MyChart                            | <input type="radio"/> Registros de radiación            |  |
| <input type="radio"/> Resumen del alta           | <input type="radio"/> Otro _____                                     |   |  |

B. Período o fecha de la información que se divulgará: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
(Mes / Año) (Mes / Año)

C.  Médico(s) específico(s): \_\_\_\_\_  o Todos los médicos tratantes

D.  Nombre(s) de la clínica/hospital: \_\_\_\_\_

**Nota:** Entiendo que el registro provisto puede estar incompleto y que se continuará agregando documentación adicional durante el transcurso de mi estadía. Entiendo que puedo solicitar una copia completa aproximadamente 30 días después del alta.

**Autorización para divulgar  
información médica protegida**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código postal

N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**Sección 2: Registro de imágenes/radiología**

A. Información que se divulgará: **(Marque todas las opciones que correspondan)**

- Densidad ósea       Imágenes dentales       MRI       PET       Radiografía  
 Cateterismo cardíaco       EKG/ECHO       Exploración por medicina nuclear       Sonografía       Otro \_\_\_\_\_  
 Exploración por CT/CAT       Mamografías       Imágenes oftalmológicas       Ultrasonido

B.  Imágenes e informes       Solo informes       Solo imágenes

C. Período o fecha de la información que se divulgará: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
(Mes / Año) (Mes / Año)

D. Médico que lo ordena (si se conoce): \_\_\_\_\_

E. Marque el método de entrega que corresponda:  Portal de correo electrónico       Portal Lifelimage       Retiro       Correo postal

**Sección 3: Registros genéticos, psiquiátricos y de investigación**

A.  Registros genéticos       Expediente médico completo       Otro \_\_\_\_\_

Fecha(s) de la información que se divulgará: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Nombre del médico (si se conoce): \_\_\_\_\_  
(Mes / Año) (Mes / Año)

B.  Registros psiquiátricos       Expediente médico completo       Otro \_\_\_\_\_

Fecha(s) de la información que se divulgará: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Nombre del médico (si se conoce): \_\_\_\_\_  
(Mes / Año) (Mes / Año)

C.  Registros de investigación       Expediente médico completo       Otro \_\_\_\_\_

Fecha(s) de la información que se divulgará: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Nombre del médico (si se conoce): \_\_\_\_\_  
(Mes / Año) (Mes / Año)

**Sección 4: Registro médico de estudiantes**

A. Información que se divulgará: **(Marque todas las opciones que correspondan)**

- Expediente médico completo       Vacunas       Registro de facturación detallada       Registro de bienestar y asesoramiento del estudiante

B. Período o fecha de la información que se divulgará: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
(Mes / Año) (Mes / Año)

C. Nombre del médico (si se conoce): \_\_\_\_\_

**Aceptación del paciente. Esta sección se aplica a todas las solicitudes**

- ◆ Entiendo que los registros utilizados y divulgados conforme a esta autorización pueden incluir información relacionada con: asesoramiento genético; tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); antecedentes de consumo de drogas o alcohol; salud mental y conductual o atención psiquiátrica; o información sensible.
- ◆ Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que UT Southwestern haya presentado esta autorización. La revocación escrita debe dirigirse a Release of Information Department (Departamento de Divulgación de la Información). A menos que se revoque de otro modo, entiendo que la fecha o el evento con el cual caduca esta autorización es de **180 días** a partir de la fecha de la firma. Una copia fotostática de esta autorización se considera de tanta validez como el original.
- ◆ Entiendo que, en la medida que cualquier destinatario de esta información, según lo que se identifica anteriormente, no sea una "entidad cubierta" conforme a las leyes federales o de Texas sobre privacidad, la información ya no puede estar protegida por las leyes federales y de Texas sobre privacidad una vez que se revele al destinatario y, por lo tanto, el destinatario puede volver a divulgarla.
- ◆ Entiendo que, de acuerdo con el capítulo 159 del Código Laboral de Texas, sección 159.005 (e) y la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), podría efectuarse una nueva divulgación a partir de los registros recibidos de un proveedor de atención médica involucrado en mi atención o tratamiento.

Nombre del paciente en letra de molde

Firma del paciente

Fecha

\*Nombre del representante legal en letra de molde

Firma del representante legal

Fecha

**\*Nota:** Puede requerirse una prueba de la autoridad legal para los representantes legales.  
 Si es un representante, especifique la relación con el paciente

**Solo para el uso de divulgación de información:** Fecha de revocación de la autorización, si corresponde \_\_\_\_\_