

# UT Southwestern Medical Center

## Autorización para recibir información médica protegida externa

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

1. Yo autorizo por la presente a: \_\_\_\_\_

Institución/médico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

A divulgar la siguiente información del expediente médico de:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Que cubre los períodos de tratamiento: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

2. El paciente tiene una cita el \_\_\_\_\_. Le solicito que me envíe el expediente antes de la fecha de la cita.

3. Información que se divulgará:

Expediente médico completo (incluye información relacionada con el seguro, demografía, documentos de remisión y expedientes de otras instituciones)

Pruebas de diagnóstico  Historial médico y exámenes físicos  Informes de laboratorio  Notas de la evolución

Resumen del alta  Informes de imágenes/radiología  Informe operativo  Imágenes de radiología

Otra: \_\_\_\_\_

4. La información se divulgará a: UT Southwestern Medical Center

Atención: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_, Dallas, Texas 75390

N° de teléfono: \_\_\_\_\_ N° de fax \_\_\_\_\_

5. Comprendo que el propósito de este expediente es la continuidad de la atención y revisión del médico.

6. Comprendo que esta autorización puede revocarse por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en la que la divulgación de información haya ocurrido antes de la recepción de la revocación por parte de la entidad que la envió. Si no se recibe una revocación por escrito, la autorización se considerará válida durante un período que no excederá **180 días**.

7. La especificación de la fecha, suceso o condición por la que caduca esta autorización: (especificar, si corresponde):

\_\_\_\_\_

8. Entiendo que el expediente utilizado y divulgado conforme a esta autorización puede incluir información relacionada con: Asesoría genética; tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida ("SIDA"); historial de alcoholismo o drogadicción; salud mental y conductual, o atención psiquiátrica; y/u otra información delicada.

9. Entiendo que, en la medida en la que cualquier destinatario de esta información, según se identifica arriba, no sea una "entidad cubierta" de acuerdo con la ley federal o estatal de Texas sobre privacidad, la información podría ya no estar protegida por la ley federales o estatal de Texas sobre privacidad, una vez que se divulgue al destinatario y, por lo tanto, podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario.

10. Entiendo que, de acuerdo con el capítulo 159 del Código Ocupacional de Texas, sección 159.005 (e) y la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), podría hacerse una nueva divulgación del expediente recibido de otro proveedor de atención médica involucrado en mi atención o tratamiento.

Autorización:

Firma del paciente

Representante legal (puede solicitarse prueba de su situación representante legal)

Confirmación del paciente recibida verbalmente por teléfono/MyChart (el empleado de UTSW que la recibe debe firmar y escribir su cargo)

Nombre del paciente o representante legal en letra de molde

Firma

Fecha

Nombre del empleado de UTSW en letra de molde y su cargo Firma

Firma

Fecha

