

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE HISTORIA MÉDICA

Debe llenar todas las secciones

Baylor
College of
Medicine

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, el suscrito, autorizo a: _____
NOMBRE Y DIRECCION

para que divulgue o brinde acceso a la historia médica del paciente anteriormente señalado a:

NOMBRE Y DIRECCIÓN (CALLE, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) DE LA PERSONA O ENTIDAD QUE RECIBE O TIENE ACCESO A LAS HISTORIAS

Teléfono: _____ Fax: _____

1. MÉTODO DE ENTREGA

Correo Fax Retiro personal

2. FORMATO

Papel Electrónico Otro

3. PERÍODO DE VIGENCIA

Esta autorización es válida hasta el fallecimiento del paciente, cuando éste cumpla la mayoría de edad o por la revocación del permiso, lo que ocurra primero; o cuando llegue la siguiente fecha u ocurra el suceso específico (opcional): _____

4. SE REQUIERE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA: (Seleccione por lo menos una opción)

Tratamiento Discapacidad Facturación/reclamaciones Legal Otro: _____

5. INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ O CONSULTARÁ: Todos los expedientes médicos

Vacunas Facturación Informes de diagnósticos Otra: _____

Se requieren sus iniciales para divulgar la siguiente información. (Inicial en la casilla)

____ Salud mental (excepto notas de psicoterapia) _____ Registros de consumo de drogas, alcohol o sustancias

____ Información genética (incluidos resultados de pruebas) _____ Resultados de pruebas/tratamiento de VIH/SIDA

AUTORIZACIÓN DE FIRMA: Al firmar a continuación, entiendo lo siguiente:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una revocación por escrito a la persona u organización anteriormente indicada. Entiendo que la revocación no aplicará a información de salud divulgada previamente de acuerdo con esta autorización.
- Ningún tratamiento, pago, inscripción en un plan médico ni elegibilidad para beneficios se verán afectados si no firmo esta Autorización.
- El destinatario puede volver a divulgar toda la información que se haya compartido en virtud de esta autorización a una persona u organización que no sea un proveedor de atención médica, socio comercial de un proveedor de atención médica o un plan médico cubierto por los reglamentos sobre privacidad federales y estatales, en cuyo caso ya no estaría protegida por dichos reglamentos.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada .

FIRMA X

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

Especifique la relación con el paciente: Paciente Padre/madre del menor* Tutor/Custodio legal† Otra†: _____

*Adjunte los documentos que demuestran su facultad para actuar en nombre del paciente.

*La firma de un menor se requiere para divulgar cierta información de salud, como aquella relacionada con determinados tipos de salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, consumo de drogas, alcohol o sustancias y tratamiento de salud mental (Código Familiar de Texas, artículo 32.003)

FIRMA X

FIRMA DEL MINOR

FECHA

(Se solicitará una identificación con fotografía para verificar la identidad de la persona que firma esta autorización)

Gracias por elegir Baylor College of Medicine para satisfacer sus necesidades de atención médica.