PARKLAND HEALTH & HOSPITAL SYSTEM

Dallas, Texas

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION)

ARI260

Nombre del paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Fecha de nacimiento _____

Núm. de exp. médico _____ Tel. _____

Por medio de este documento autorizo a Parkland Health & Hospital System (PHHS) para que divulgue la información que se especifica a continuación a partir del expediente o expedientes médicos del paciente nombrado arriba.

La información del paciente se necesita para (Por favor, seleccione sólo una):

☐ Continuar la atención médica ☐ Propósitos legales ☐ Seguro/Facturación/Reclamos
☐ Uso personal ☐ Seguridad Social/Incapacidad ☐ Otra, explique: _____

Información que se divulgará o a la que se tendrá acceso (Marque así ☑ todas las que correspondan):

☐ Reportes de consulta ☐ Resumen del alta ☐ Expediente de sala de emergencias ☐ Hoja de portada
☐ Historial y examen médico ☐ Reportes de laboratorio ☐ Reportes de operación ☐ Reportes de Patología
☐ Notas de progreso ☐ Reportes de Radiología ☐ Otro: _____

Fecha del servicio: Del _____ al _____

Formato solicitado para la información que se proporcionará: ☐ CD (Sólo aplica a datos almacenados en formato electrónico) ☐ Papel

La información descrita arriba se divulgará a:

_____
Nombre de la persona/Organización

_____
Dirección

_____
Ciudad, Estado, Código postal

_____
Teléfono Fax

Método de entrega:

☐ Correo
☐ Lo recogen en el lugar
☐ Fax (Sólo para organización de atención médica)

Entiendo que mi información médica puede incluir información sensible respecto a mi salud. Las enfermedades contagiosas o venéreas como la hepatitis, la sífilis, la gonorrea, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) serán incluidos en mi registro médico, en caso de que se diagnostiquen. Entiendo además que mi información médica podría indicar que estoy sometiéndome a un tratamiento para afecciones psicológicas o psiquiátricas o para consumo de sustancias.

Entiendo que podré revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que PHHS haya actuado en virtud de la misma. La revocación por escrito deberá dirigirse a la División de Administración de información médica de PHHS – Divulgación de Información. A menos que sea revocada, comprendo que la fecha o el evento en el que expira esta autorización es ciento ochenta (180) días a partir de la fecha en que se firma este documento. Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original.

Entiendo que, si el receptor autorizado para recibir la información médica no es una entidad cubierta (es decir, una compañía de seguros o un proveedor de servicios que no son médicos), la información divulgada podría ya no estar protegida conforme a las regulaciones de privacidad estatales y federales.

Comprendo que PHHS no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios al hecho de que se complete o no este formulario. Entiendo que se me podría cobrar una cuota de recuperación/procesamiento y por las copias del expediente médico conforme a la Ley de licencias para hospitales de Texas (*Texas Hospital Licensing Law*).

Firma del paciente	Nombre impreso del paciente	Fecha	Hora
Firma del representante legal	Nombre impreso del representante legal	Fecha	Hora

Si es representante, especifique su relación con el paciente

Firma del intérprete (si corresponde)	Nombre impreso del intérprete	Núm. de ID	Fecha	Hora