

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Envíe este formulario a: 1 Baylor Plaza-ROI dept Houston, Tx 77030
 Fax (713) 798-1464; Teléfono (713) 798-5259; Correo electrónico: roi@bcm.edu
 Se aceptan autorizaciones entregadas en mano en la clínica donde se prestaron los servicios
Nota: Incluir copia de identificación válida con foto con la autorización

PARA QUE LA AUTORIZACIÓN SEA VÁLIDA SE DEBEN COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES						
Autorizo a _____ a divulgar o dar acceso a la información personal de salud del paciente al beneficiario, ambos listados a continuación:						
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		Últimos 4 números del SSN (Opcional):		
Apodo(s) del paciente:		Número de contacto del paciente:				
Nombre del beneficiario:		Teléfono del beneficiario:		Fax del beneficiario:		
Dirección del beneficiario (Calle, Ciudad, Estado & Código postal):						
Correo electrónico del beneficiario (Escribir en letra de imprenta legible):						
Formato solicitado (Si se deja en blanco, <input checked="" type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Medios electrónicos encriptados, si están disponibles <input type="checkbox"/> Medios electrónicos encriptados, si están disponibles <input type="checkbox"/> Medios electrónicos no encriptados*):						
Entrega: (Si se deja en blanco, se entregará en papel):		<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> BCM MyChart	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado	<input type="checkbox"/> Correo electrónico no encriptado*
*NOTA: En caso de que el Baylor College of Medicine no pueda hacer una entrega electrónica como se ha solicitado, se ofrecerá un método de entrega alternativo. Existe cierto riesgo de que un tercero pueda ver su Información Protegida de Salud (IPS) sin su consentimiento si decidiera recibirla por correo electrónico no encriptado. BCM no se hace responsable del acceso no autorizado a la IPS en un correo electrónico no encriptado que usted haya solicitado, esto incluye cualquier otro riesgo (por ejemplo un virus) que pueda introducirse en su computadora o dispositivo al recibir la IPS por medio de un correo electrónico no seguro.						
Propósito de la divulgación:		<input type="checkbox"/> Tratamiento	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Facturación/Reclamaciones	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Otro:
Información del paciente solicitada:						
¿Esta solicitud es SOLAMENTE para notas de psicoterapia y/o resultados de pruebas diagnósticas? <input type="checkbox"/> Sí, entonces estos son los únicos artículos que puede solicitar bajo esta autorización. Debe presentar una autorización por separado para los demás items listados a continuación. <input type="checkbox"/> No, entonces puede marcar todos los items que necesite más abajo.						
Descripción	Fecha(s)	Descripción	Fecha(s)	Información confidencial**	Fecha(s)	
<input type="checkbox"/> Expediente completo		<input type="checkbox"/> Lista(s) de medicamentos		<input type="checkbox"/> Prueba del VIH		
<input type="checkbox"/> Notas de la visita		<input type="checkbox"/> Informes de diagnóstico		<input type="checkbox"/> VIH & Documentación sobre el SIDA		
<input type="checkbox"/> Laboratorios		<input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico		<input type="checkbox"/> Notas sobre salud mental		
<input type="checkbox"/> Notas operativas		<input type="checkbox"/> Saldos de facturación		<input type="checkbox"/> ¿Alcohol o consumo de drogas?		
<input type="checkbox"/> Otro:				<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas		
**Información confidencial: Debe marcar específicamente cada item, de lo contrario no será divulgado o liberado.						
Período de vigencia: Esta autorización es válida hasta el fallecimiento del paciente, cuando éste alcance la mayoría de edad o 180 días a partir de la fecha de la firma, lo que ocurra primero, o a partir de una fecha de Expiración, Fecha o Evento (Sírvase listar):						
AUTORIZACIÓN DE FIRMA: Al firmar abajo, entiendo lo siguiente:						
a. Puedo negarme a firmar esta autorización y es estrictamente voluntaria b. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito dirigido a la persona/organización arriba mencionada. Entiendo que la revocación no se aplicará a información sobre la salud ya revelada en virtud de esta misma autorización. c. Ningún tratamiento, pago o mi inscripción en cualquier plan de salud, o mi elegibilidad para beneficios se verán afectados si no firmo esta Autorización. d. Toda información divulgada por esta autorización a cualquier persona u organización que no sea un proveedor de servicios médicos, socio comercial de un proveedor de servicios médicos o un plan de salud cubierto por reglamentaciones federales y estatales de privacidad podría ser nuevamente revelada por el beneficiario y ya no estará protegida por dichas regulaciones. e. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.						
He leído lo anterior o me lo han leído y autorizo la divulgación de la Información Médica Protegida indicada arriba.						
Firma del paciente/representante legal:			Fecha:			
Nombre en letra de molde del representante legal del paciente:			Relación con el paciente:			
			<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián/Tutor <input type="checkbox"/> Otro:			
Adjunte documentos que demuestren su autoridad para actuar por el paciente.						
La firma de un menor es requisito para divulgar cierta información de salud, tal como la relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, drogas, alcohol o sustancias y tratamiento para la salud mental (Código Familiar Tex. §32.003)						
Firma del menor:			Fecha:			