



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: / ____ / ____

Núm. cta./EM: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Solicito que UT Health Rio Grande Valley divulgue mi información médica protegida (IMP) a:

Nombre del destinatario: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Correo electrónico: _____

Propósito de la solicitud de información:

Personal Continuidad de cuidados Jurídico Discapacidad Seguro Compensación laboral

Autorizo la divulgación de la siguiente IMP de mi(s) expediente(s) médico(s):

- Expediente completo Notas sobre progreso Informes de laboratorio Informes operativos
 Informes de radiología Resumen del alta Informes de consulta Informes patológicos
 Fotografías/videos ECG/EEG/EMG Otro(s): _____

Entiendo que entre la información contenida en mi expediente médico se podrían encontrar datos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), servicios de salud mental y tratamiento por alcoholismo.

Las leyes estatales y federales protegen la siguiente información. Si alguno de los supuestos se aplicara a usted, indique si desea que esta información se divulgue / obtenga (incluir fechas donde proceda):

- Expedientes sobre alcoholismo o drogadicción Pruebas de VIH y resultados Expedientes genéticos
 Expedientes de salud mental Expedientes de psicoterapia

Fechas de tratamiento: Fechas específicas de _____ a _____

Al firmar el presente formulario de autorización, entiendo que:

- Las solicitudes de copias de expedientes médicos están sujetas a cuotas de reproducción de conformidad con las reglamentaciones federales/estatales.
- Tengo el derecho de revocar la presente autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse a UT Health RGV. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a la presente autorización.
- A menos que se indique otra cosa, la presente autorización vencerá en un (1) año o bien en la siguiente fecha: _____
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la idoneidad para prestaciones no pueden estar condicionados a mi firma de la presente autorización.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que dicha información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre del paciente o de su representante (letra de molde)

Relación con el paciente