

Autorización para divulgar información

Por medio de la presente autorizo a Baylor All Saints Medical Center a divulgar la información médica que pudiera identificarme en forma individual según se describe a continuación, que puede incluir información sobre enfermedades transmisibles como el Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH") y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA"), enfermedad mental (excepto notas de psicoterapia), adicción a sustancias químicas o al alcohol, resultados de análisis de laboratorio, historia clínica, tratamiento o cualquier otra información relacionada. Comprendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Asimismo, comprendo que mi atención médica y el pago por mi atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario.

Comprendo que si el destinatario autorizado a recibir la información no es una entidad cubierta, por ejemplo, una compañía de seguro o un proveedor de cuidados no relacionados con la salud, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales.

Nombre del paciente en letra de molde _____

Fecha de nacimiento

MM	MM	DD	DD	AA	AA	AA	AA
----	----	----	----	----	----	----	----

Últimos 4 dígitos de su Seguro Social

--	--	--	--

Dirección del paciente _____ Número de teléfono (_____) _____ - _____

Fecha(s) del Servicio (si la(s) conoce) _____

Descripción de la información que se divulgará: (Marcar todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Registros de admisión/registros	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Historia clínica y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Informes de consulta	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	_____
<input type="checkbox"/> Notas de enfermeras	<input type="checkbox"/> Órdenes de los médicos	<input type="checkbox"/> Registros de facturación	_____
<input type="checkbox"/> Notas sobre avances	<input type="checkbox"/> Registros operativos		_____
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Películas radiológicas		_____

Descripción del propósito del uso y/o la divulgación: _____

La información médica aquí descrita deberá divulgarse a: (Marcar la categoría que corresponda)

Hospital Médico Compañía de seguro Abogado Paciente Otro

(Marcar el método de entrega correspondiente)

Nombre _____ Correo

Dirección _____ Fax (Organización Médica únicamente)

Número de teléfono _____ Recoge los registros

Número de fax _____ Otro _____

Comprendo que esta autorización vencerá en virtud de la ley 180 días después de la fecha de la misma, a menos que yo especifique lo contrario. Deseo que esta autorización siga vigente hasta _____ (fecha de vencimiento/evento).

Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Baylor All Saints Medical Center por escrito a 1400 Eighth Avenue, Fort Worth, TX 76104. También entiendo que la revocación escrita debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la fecha que figura en esta autorización. La revocación no afectará ninguna medida tomada antes de la recepción de la revocación por escrito.

Si está marcada, entiendo que el registro está incompleto y que deberá seguir agregándose documentación adicional. Comprendo que puedo solicitar una copia completa en aproximadamente 30 días después del alta.

Firma del paciente o del representante del paciente _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta del representante del paciente _____

Relación con el paciente _____ o autoridad legal (adjuntar documentación de respaldo) _____

PATIENT LABEL

BAYLOR ALL SAINTS MEDICAL CENTER



AS-49262SP (Rev. 07/28/10)

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION