



## AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR REGISTROS MÉDICOS

**Yo autorizo al médico o proveedor de servicios médicos indicado a continuación para divulgar los registros médicos o información de salud del paciente a continuación a UT Health Austin.**

<u>Información del paciente</u>
Nombre: _____
Otros nombres anteriores: _____
Fecha de nacimiento: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____ _____
Número de registro médico: _____

<u>Información del proveedor de servicios médicos</u>
Nombre: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____ _____
Fechas del tratamiento: _____ _____ _____

**Solicito que la información a continuación se proporcione a UT Health Austin (seleccione los datos que desea enviar a UT Health Austin\*):**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Todos los registros médicos</i> | <input type="checkbox"/> Medicamentos anteriores/actuales   | <input type="checkbox"/> Reportes cardiológicos/electrocardiogramas |
| <input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos       | <input type="checkbox"/> Reportes de pruebas de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas                      |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta hospitalaria       | <input type="checkbox"/> Reportes radiológicas              | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                |
| <input type="checkbox"/> Información de facturación         | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio          |   |

\*Podría ser necesaria la firma del paciente menor de edad para la divulgación de algunos de los datos anteriores.

**SUS INICIALES SE REQUIEREN AQUÍ, de lo contrario no se divulgará información sobre salud mental, abuso de alcohol/sustancias, resultados de pruebas de VIH/SIDA o información genética. SÍ, FAVOR DE DIVULGAR:**

_____ Registros de salud mental (sin incluir notas de psicoterapia)*	_____ Resultados de prueba/tratamiento de VIH/SIDA
_____ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias	_____ Información genética

**Motivo de divulgación (seleccionar uno):**

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento/atención médica continua | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> A petición del paciente              |                                     |

La presente autorización será vigente durante un año o hasta \_\_\_\_\_ (fecha o evento).

Por medio de mi firma a continuación, convengo lo siguiente:

- Puedo retirar mi permiso en cualquier momento. Si retiro mi permiso, mi PHI no será divulgada nuevamente como se describió anteriormente. Sin embargo, las divulgaciones ya realizadas con base en la presente no se verán afectadas. Puedo retirar mi permiso al notificar al proveedor de servicios médicos indicado arriba por escrito.
- No estoy obligado a firmar este formulario para recibir tratamiento ni beneficios de cuidado de la salud de mi plan de servicios médicos. La presente autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Puedo solicitar una copia de este formulario firmado.
- Por medio de la presente eximo de responsabilidad legal al proveedor de servicios médicos aquí indicado por la divulgación de los registros como se indica en el presente formulario.
- He leído el presente formulario y autorizo el uso y divulgación de la información aquí descrita. Entiendo que la divulgación de PHI en virtud de la presente autorización podría estar sujeta a ser divulgada nuevamente por parte de la persona o parte a quien vaya dirigida y ya no estará protegida por las leyes de privacidad estatales o federales.

**Firma del paciente o representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente o representante en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_