

Por este medio autorizo al Hospital designado a continuación a divulgar al destinatario designado más arriba.

**Sitios de DFW:**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medical City Alliance  | <input type="checkbox"/> Medical City Denton     | <input type="checkbox"/> Medical City Green Oaks  | <input type="checkbox"/> Medical City McKinney/Wysong |
| <input type="checkbox"/> Medical City Arlington | <input type="checkbox"/> Medical City Fort Worth | <input type="checkbox"/> Medical City Las Colinas | <input type="checkbox"/> Medical City North Hills     |
| <input type="checkbox"/> Medical City Dallas    | <input type="checkbox"/> Medical City Frisco     | <input type="checkbox"/> Medical City Lewisville  | <input type="checkbox"/> Medical City Plano           |

Fecha de compleción/envío por fax de la solicitud:  
 Total de páginas divulgadas:  
 Solicitud completada por:

**Sección A: esta sección debe completarse para solicitar todo tipo de autorización**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		RECIPIENTE DE INFORMACIÓN	
Nombre del paciente:		Nombre del destinatario:	
Fecha de nacimiento:		Teléfono del destinatario:	
Teléfono del paciente:		Fax del destinatario:	
Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social:		Domicilio 2:	
		Ciudad:	Estado: Código postal:

**Solicitar entrega (si queda en blanco, se entregará una copia impresa):**  Copia impresa  Medio electrónico, si lo hubiera disponible (p.ej. disco USB, CD/DVD, eDelivery)  
 Correo electrónico encriptado  Correo electrónico no encriptado  
**NOTA:** Si el centro no pudiera hacer la entrega electrónica solicitada, se proporcionará un método de entrega alternativo (p.ej. copia impresa). Hay cierto nivel de riesgo de que un tercero vea su PHI sin su consentimiento si la recibe por medios electrónicos o correo electrónico no encriptado. No nos hacemos responsables por el acceso no autorizado de la PHI contenida en este formato o los riesgos (p.ej. virus) potencialmente introducidos en su computadora/dispositivo por recibir la PHI en formato electrónico o correo electrónico.

**Correo electrónico (si marcó correo-e anteriormente, escribir en letra imprenta legible):** \_\_\_\_\_

A menos que se establezca un plazo de tiempo más corto, esta autorización expirará 180 días después de la fecha de su firma: (escriba la fecha o el acontecimiento, pero no ambos).

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Acontecimiento:** \_\_\_\_\_

**Objeto de la divulgación:** \_\_\_\_\_

**Descripción de la información que se utilizará o divulgará**

¿Esta solicitud está destinada a las notas de psicoterapia?  Sí; en ese caso, este es el único ítem que puede solicitar en la presente autorización. Debe presentar otra autorización para solicitar los demás ítems que se muestran a continuación.  No; en ese caso, puede marcar tantos ítems como sea necesario.

Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Toda la PHI que contiene la historia clínica		<input type="checkbox"/> Información operativa		<input type="checkbox"/> Resumen de trabajo de parto/parto	
<input type="checkbox"/> Formulario de internación		<input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo		<input type="checkbox"/> Evaluación de enfermería obstétrica	
<input type="checkbox"/> Informes de dictados		<input type="checkbox"/> Terapia/análisis especial		<input type="checkbox"/> Hoja del flujo posparto	
<input type="checkbox"/> Ordenes del médico		<input type="checkbox"/> Tiras de ritmo		<input type="checkbox"/> Factura desglosada:	
<input type="checkbox"/> Ingreso/Egreso		<input type="checkbox"/> Información de enfermería		<input type="checkbox"/> UB-04:	
<input type="checkbox"/> Análisis clínico		<input type="checkbox"/> Formularios de transferencias		<input type="checkbox"/> Información ECT o de psiquiatría:	
<input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos		<input type="checkbox"/> Información de la sala de urgencias		<input type="checkbox"/> Otro:	

Reconozco que es posible que la información divulgada contenga datos sobre SIDA o resultados de VIH, análisis de VIH, resultados psiquiátricos e información sobre el consumo de drogas y de alcohol. Asimismo, por la presente, presto mi consentimiento respecto de dicha información divulgada.

(Firme con las iniciales)

Si esta autorización tiene por objeto la divulgación de información genética, especifíquelo aquí: \_\_\_\_\_

- Comprendo que:
- Puedo rehusarme a firmar esta autorización y que la firma de dicha autorización es estrictamente voluntaria.
  - Mi tratamiento, el pago, la inscripción o la calidad de resultar elegible para obtener beneficios no podrá estar condicionado a la firma de esta autorización.
  - Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero, de hacerlo, no producirá efecto alguno sobre los actos llevados a cabo con anterioridad a la recepción de dicha revocación. Puedo encontrar más información en el Aviso sobre prácticas de privacidad.
  - Si el solicitante o el receptor no es un prestador de planes de salud o de atención sanitaria, es posible que la información publicada ya no reciba la protección de las normas federales sobre privacidad y que pueda volver a ser divulgada.
  - Puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, a cambio del pago de una tarifa razonable por dicha copia, en el caso de que la solicite.
  - Obtengo una copia de este formulario después de firmarlo.

**Sección B: ¿el pedido de la PHI se presenta a efectos de marketing y/o implica la venta de PHI?**  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, el prestador de planes de salud o de atención sanitaria debe completar la Sección B; de lo contrario, debe pasar directamente a la Sección C.

¿El destinatario recibirá algún tipo de compensación financiera o en especie a cambio del uso o de la divulgación de esta información?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, especifíquela aquí: \_\_\_\_\_

¿El destinatario de la PHI puede ofrecer la información a cambio de remuneración monetaria?  Sí  No

**Sección C: Firmas**

He leído la información precedente y autorizo la divulgación de la información protegida sobre salud de la manera indicada.

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

**Aclaración de la firma del paciente/representante del paciente:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente/representante del paciente:** \_\_\_\_\_

10030 N. MacArthur Blvd., Irving, TX 75063  
 (888) 749-7952  
 Fax: (469) 484-2006



**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**

