



### AUTORIZACIÓN PARA LE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**IDENTIDAD DEL PACIENTE**

UMC LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN  
Oficina 806-775-9150, Fax 806-775-9157

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirrección de domicilio: \_\_\_\_\_ Registro médico #: \_\_\_\_\_  
Visita #: \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**A QUIEN LE CORRESPONDA HACER LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo solicito y autorizo que la siguiente entidad y sus empleados y agentes, divulguen información relacionada con el diagnóstico, cuidado, y tratamiento del paciente mencionado anteriormente:

University Medical Center; 602 Indiana Avenue; Lubbock, TX 79415

**A QUIEN SE REALICE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Si requiere que los registros solicitados sean enviados por fax, recuerde incluir el número de fax de devolución a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ**

El tipo y la cantidad de información que se divulgará es la siguiente:  
*Marque el (los) elemento(s) e incluya otra información en donde sea indicado.*

- Todos los registros médicos
- Registros médicos desde \_\_\_\_\_ (fecha) a \_\_\_\_\_ (fecha)
- Otros (por favor especifique): \_\_\_\_\_

**Yo entiendo que la información en mí registro de salud puede incluir información relacionada con:**

- (1) Resultado del examen del SIDA/VIH, estado de la infección, o información del tratamiento,
- (2) Enfermedad de transmisión sexual, (3) Tratamiento para el abuso de drogas o alcohol,
- (4) Servicios para la salud mental y comportamiento, y (5) Exámenes genéticos.

**Yo autorizo la divulgación de esta información con excepción de lo siguiente:**

**PROPOSITO DE LA DIVULGACION**

Esta información se está divulgando por el (los) siguiente(s) propósito(s):

- Cuidado continuo por otro proveedor de salud
- Escuela
- Abogado
- Por petición del individuo
- Seguro médico
- Revisión personal
- Determinación de discapacidad
- Otra: \_\_\_\_\_





# AUTORIZACIÓN PARA LE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

## TÉRMINOS DE LA DIVULGACIÓN

Yo entiendo que tengo el derecho de retractarme de esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a:

Records Custodian, Health Information Management  
University Medical Center  
602 Indiana Avenue  
Lubbock, TX 79415

Yo entiendo que esta retractación no se aplica a la información que ha sido divulgada previamente. Yo entiendo que esta retractación no se aplica a mi compañía de seguro cuando la ley permite a mi aseguradora el derecho de disputar un reclamo según mi póliza.

A menos que se revoque, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento, o condición:

Si yo fallo en especificar una fecha de expiración o condición, esta autorización expirará 180 días después de la fecha de firmar el documento.

### He leído esta documento y acepto el uso y la divulgación de información como está descrito.

Yo entiendo que una vez que la información ha sido divulgada de conformidad con esta autorización, puede ser divulgada nuevamente por el receptor y la información no puede ser protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Yo entiendo que no necesito firmar este documento para asegurar el tratamiento médico.

Yo entiendo completamente y acepto los términos de esta autorización.

_____	_____	_____
Firma del paciente o el representante del paciente	Fecha	Hora
_____		_____
Nombre impreso del representante (si se aplica)	Relación del representante con el paciente	

### USO OFICIAL UNICAMENTE

- Authorization verified by \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ (date)
- Patient has been provided with a copy of the signed authorization.

