

Por medio del presente documento, autorizo al Hospital designado a continuación a divulgar mis registros al destinatario indicado también a continuación.

**Centros de Dallas Fort Worth (DFW, por sus siglas en inglés):**

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

Fecha en la que se completó/envió por fax la solicitud:  
 Total de páginas divulgadas:  
 Solicitud completada por:

**Sección A: Esta sección debe completarse para todas las autorizaciones (Texas)**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		INFORMACIÓN SOBRE LA ENTREGA		
Nombre del paciente:		Nombre:		
Fecha de nacimiento del paciente:		Teléfono:		
Número de teléfono del paciente:		N.º de fax: <i>(Envíos por FAX solamente para el consultorio médico/centro médico)</i>		
Últimos cuatro dígitos del n.º de Seguro Social del paciente <i>(opcional)</i> :		Dirección:		
		Ciudad:	Estado:	C. P.:

**Entrega de la solicitud (si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel):**  Copia en papel  Medio electrónico, si está disponible (p. ej. CD/DVD, eDelivery)  Correo electrónico cifrado  Correo electrónico no cifrado

**NOTA:** Si el centro no puede hacer una entrega electrónica según lo solicitado, se contará con un método de entrega alternativo (p. ej., copia en papel). Hay algún riesgo de que un tercero vea su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sin su consentimiento si se envía a través de un medio electrónico o correo electrónico no encriptados. No nos responsabilizamos por el acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato ni por otros riesgos (p. ej., virus) que puedan introducirse en su computadora/dispositivo cuando reciba la PHI en un formato electrónico o correo electrónico.

**Dirección de correo electrónico (si se marcó la opción de correo electrónico arriba, escríbalo en letra de imprenta legible):** \_\_\_\_\_

Este consentimiento será nulo y vencerá 180 días después de la fecha de firma, a menos que se indique lo contrario:

**Fecha de vencimiento:** \_\_\_\_\_ o **Evento de vencimiento:** \_\_\_\_\_

**Motivo de la divulgación:** \_\_\_\_\_

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

¿La solicitud se hace con respecto a anotaciones de psicoterapia?  Sí; entonces este es el único motivo por el que puede solicitar información a través de esta autorización. Debe presentar otra autorización para los demás motivos a continuación.  No; entonces puede elegir tantos motivos como necesite.

Descripción:	Fechas:	Descripción:	Fechas:	Descripción:	Fechas:
<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos		<input type="checkbox"/> Informes operatorios		<input type="checkbox"/> Instrucciones para el alta	
<input type="checkbox"/> Informes de consultas		<input type="checkbox"/> Prueba de EEG/ECG/estrés		<input type="checkbox"/> Resumen sobre el paciente	
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patológicos		<input type="checkbox"/> Informes de radiología		<input type="checkbox"/> Registro completo	
<input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos		<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología		<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Resumen de alta/muerte		<input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias			

Reconozco que la información divulgada puede incluir información sobre abuso de drogas y alcohol, información genética y psiquiátrica, información sobre pruebas de VIH y sobre resultados de pruebas de VIH o información sobre SIDA, y doy mi consentimiento para tal divulgación. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

Si esta autorización es para divulgar información genética, descríbala a continuación: \_\_\_\_\_

Entiendo lo siguiente:


- Puedo negarme a firmar esta autorización de forma estrictamente voluntaria.
- Mi tratamiento, los pagos, mi inscripción en beneficios o la elegibilidad para recibirlos no pueden estar condicionados por el hecho de que firme esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito; sin embargo, si lo hago no tendrá ningún efecto en las acciones realizadas antes de la recepción de la revocación. Puede encontrar más información en el Aviso sobre Prácticas de Privacidad.
- Si el solicitante o destinatario no son un plan de salud ni un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad y puede volver a divulgarse.
- Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario pagando una tarifa razonable por la copia, en caso de solicitarla.
- Recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

<b>Sección B:</b> ¿La solicitud de PHI se hace para fines de mercadeo y/o involucra la venta de PHI? En caso afirmativo, el plan de salud o el proveedor de atención médica deben completar la Sección B; de lo contrario, diríjase a la Sección C.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El destinatario recibirá una compensación económica a cambio de usar o divulgar esta información? En caso afirmativo, describa:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El destinatario de la PHI podrá intercambiar la información a cambio de una compensación económica en el futuro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Sección C: Firmas**

He leído la información anterior y autorizo la divulgación de la información médica protegida según lo establecido.

<b>Firma del paciente/representante del paciente:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Nombre en letra de imprenta del representante del paciente:</b>	<b>Relación con el paciente:</b>



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

**AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) SPANISH**

PATIENT IDENTIFICATION

