



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente, autorizo a Baylor Scott & White Health a divulgar mi información de salud identificable, según se detalla a continuación. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Entiendo, además, que mi atención médica y el pago por dicha atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario.

Comprendo que si la organización autorizada para recibir la información no es una entidad cubierta, es decir, no es una compañía de seguros o un profesional de atención de la salud, existe la posibilidad de que la información revelada ya no esté protegida por los reglamentos federales y estatales de privacidad.

Comprendo que dicha autorización caducará al cabo de 180 días a partir de la fecha de la firma o en la fecha o el evento que se especifica aquí _____ (Fecha de caducidad/evento).

Comprendo, además, que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, enviando una notificación por escrito al centro Baylor Scott & White Health donde se firmó dicha autorización. También entiendo que la revocación por escrito debe estar firmada y tener una fecha que sea posterior a la fecha de esta autorización. La revocación no afectará ninguna divulgación que se haya hecho con antelación a recibir la revocación escrita.

Comprendo que se cobrará un recargo por las fotocopias y los registros que se proporcionen en medios electrónicos, según lo permite la legislación de Texas, salvo que las copias se envíen directamente a otro proveedor de atención médica.

☐ Desearía revisar mi registro.

Nombre del paciente	Últimos 4 dígitos del número de seguro social	Fecha de nacimiento MM / DD / YYYY	N.º de cuenta	N.º de expte. médico
Dirección postal	Ciudad, Estado,	Código postal	Número de teléfono	

Divulgar la información de estos centros de BSWH: _____

Divulgar la siguiente información correspondiente a estas fechas de tratamiento: _____

La información se divulgará a: ☐ Paciente/Designado ☐ Entidad de atención médica ☐ Compañía de seguro ☐ Abogado ☐ Otro

Nombre de la persona/organización	Número de teléfono
Dirección postal	Ciudad, Estado, Código postal
	Número de fax

Propósito del uso y/o de la divulgación: ☐ Atención continua ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Uso personal ☐ Otro _____

Formato de la copia del registro: ☐ Impreso ☐ CD ☐ _____

Entrega de copia del registro: ☐ Se recoge ☐ Se envía por correspondencia ☐ Se envía por fax al consultorio médico

Información a divulgar:

Incluir esta información si corresponde: _____ Alcohol/drogas _____ Pruebas genéticas _____ VIH/SIDA _____ Salud mental
INICIALES DEL FT INICIALES DEL FT INICIALES DEL FT INICIALES DEL FT

☐ Solo extracto resumido (notas clínicas, antecedentes/examen físico, informes de procedimientos, patología, consultas, resultados de pruebas, resumen del alta)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Departamento de emergencias | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Indicaciones del proveedor |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Antecedentes/Examen físico | <input type="checkbox"/> Notas de enfermería | <input type="checkbox"/> Placas radiográficas |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa | <input type="checkbox"/> Inmunización | <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | |

☐ Otros: _____

Comprendo que el registro puede estar incompleto, si se trata de una visita reciente, y que se puede agregar documentación adicional luego de enviar esta solicitud.

Firma del paciente o representante legal (no se aceptan firmas electrónicas)

Fecha

Nombre en imprenta del paciente/del representante legal

Relación con el paciente

Autoridad del representante para actuar en nombre del paciente
(adjuntar documentación de respaldo)

BSWH-49262SP (10/15)

