

Por la presente autorizo al hospital que se indica a continuación a publicar registros al destinatario que se menciona a continuación.

**Sitios 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 Weatherford |
| <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           |                                                   |

Solicitud de fecha completada/faxeada:
Total de páginas publicadas:
Solicitud completada por:

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

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE	INFORMACIÓN SOBRE EL DESTINATARIO		
Nombre del paciente:	Nombre del destinatario:		
Fecha de nacimiento del paciente:	Número de teléfono del destinatario:		
Número de teléfono del paciente:	Número de fax del destinatario: <i>(solo se puede enviar un FAX al consultorio del médico/centro médico)</i>		
Últimos cuatro dígitos del Seguro Social del paciente <i>(opcional)</i> :	Dirección del destinatario:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:

**Solicitar de entrega (si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel):**  Copia en papel  Medios electrónicos, en caso de estar disponibles *(por ejemplo: unidad USB, CD/DVD, entrega por medios electrónicos)*  Correo electrónico cifrado  Correo electrónico no cifrado  
**NOTA:** En caso de que el centro de salud no pueda cumplir con la entrega electrónica según se solicita, se proporcionará un método de entrega alternativo *(por ejemplo: copia en papel)*. Existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pueda ver su información médica protegida sin su consentimiento tras recibirla por medios electrónicos o correo electrónico no cifrados. No somos responsables del acceso no autorizado a la información médica protegida que contiene este formato o sus riesgos *(por ejemplo, virus)* que potencialmente puedan introducirse en su computadora o dispositivo al recibir la información médica protegida en formato electrónico o mediante un correo electrónico.

**Dirección de correo electrónico (si se ha marcado la opción de correo electrónico, escríbala en letra de imprenta legible):** \_\_\_\_\_

Salvo que se especifique un plazo más breve, esta autorización caducará una vez transcurridos 180 días desde 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"/> Antecedentes y exámenes físicos		<input type="checkbox"/> Informes operativos		<input type="checkbox"/> Instrucciones del alta	
<input type="checkbox"/> Informes sobre consultas		<input type="checkbox"/> Pruebas de estrés/EEG/EKG		<input type="checkbox"/> Página de portada	
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patológicos		<input type="checkbox"/> Informes de radiología		<input type="checkbox"/> Factura desglosada/UB-04	
<input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos		<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología		<input type="checkbox"/> Registro completo	
<input type="checkbox"/> Resumen de alta/defunción		<input type="checkbox"/> Registro de sala de emergencias		<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.

<b>Sección B:</b> ¿La solicitud de información médica protegida es con fines de comercialización o implica la venta de información médica protegida? 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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

¿El destinatario recibirá remuneración financiera a cambio del uso o de la divulgación de esta información?  
 Si la respuesta es sí, describa:


¿Es posible que el beneficiario de la información médica protegida intercambie más información a cambio de remuneración financiera?  
 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:
-----------------------------------------------------------------	---------------------------

 <p>10030 N. MacArthur Blvd., Irving, TX 75063        (888) 749-7952        Fax: (469) 484-2006</p> <p><b>AUTORIZACIÓN PARA REVELAR        INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)</b></p>	<p>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

