

St. Joseph Medical Center

Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

N.º de expediente médico _____

Por la presente autorizo a **St. Joseph Medical Center** a utilizar o revelar la información médica protegida de mis expedientes médicos que se especifica abajo:

1) NOMBRE DEL PACIENTE: (En letra de molde) _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Número(s) de teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: (Si corresponde) _____

2) LA INFORMACIÓN SE REVELARÁ A:

Nombre de la persona o del centro (en letra de molde) _____

Dirección (en letra de molde) _____ Ciudad _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Correo electrónico: (Si corresponde) _____

Fax n.º _____

N.º de teléfono _____

- 3) Método de entrega preferido -**
- Correo electrónico
 - Correo postal a la dirección indicada en el apartado 2 arriba
 - Recepción en persona

4) Fechas de tratamiento desde: _____ **Hasta:** _____

- 5) EXPEDIENTES/INFORMES ESPECÍFICOS A REVELAR:**
- Antecedentes de admisión y examen físico
 - Resultados de laboratorio
 - Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla)
 - Resumen del alta
 - Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI])
 - Otro (especifique) _____
 - Consulta
 - Sala de emergencias
 - Informes de patología _____
 - Informes de electrocardiograma (ECG)
 - Notas de la cirugía _____

6) REVELACIÓN RESTRINGIDA: No revelaremos la siguiente documentación **a menos que** usted marque la casilla correspondiente y proporcione una firma adicional:

Revelación	Firma	Revelación	Firma
<input type="checkbox"/> Documentación de los proveedores de salud mental/conductual*		<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas/Resultados de las pruebas*	
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de detección de VIH/SIDA		<input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas Tratamiento*** o <input type="checkbox"/> abuso de sustancias	
<input type="checkbox"/> Comunicaciones confidenciales con un trabajador social		<input type="checkbox"/> Abuso y abandono de niños y adultos mayores	
<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de agresión sexual/violación		<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de violencia doméstica	
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual			

* Esta autorización no es válida para el uso o revelación de notas de psicoterapia
 ** El término "pruebas genéticas" se refiere únicamente a las pruebas que determinan sus posibilidades futuras de desarrollar una enfermedad, no a las pruebas realizadas para diagnosticar una condición o problema actual.
 *** Solo se aplica a los expedientes creados por un "individuo o entidad que se presenta como proveedor de diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento".
 (Código de Reglamentos Federales 42 [CFR] Parte 2) No se exige para los expedientes que se crean o mantienen en un centro médico general.

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2



St. Joseph Medical Center

Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

7) SOLICITUD DE EXCLUSIÓN:

Solicito que la o las siguientes admisiones/visitas se excluyan específicamente de esta solicitud _____
(especifique fechas de servicio).

8) PROPÓSITO DE REVELACIÓN:

Atención médica Legal Seguro Personal Otros _____

*Se pueden aplicar cargos

9) PLAZO: Esta Autorización permanecerá vigente durante un año o:

- Hasta que **The St. Joseph Medical Center** atienda esta solicitud..
- Desde la fecha de la autorización hasta _____ el día de _____ de 20 _____
- Hasta que ocurra el siguiente evento: _____
- Otro: _____

10) REVOCACIÓN: Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento solicitándola a **St. Joseph Medical Center** por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que **St. Joseph Medical Center** reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que **St. Joseph Medical Center** haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Gestión de la información médica

St. Joseph Medical Center
1401 Saint Joseph Parkway,
Houston, TX 77002

11) EFECTO SOBRE EL TRATAMIENTO/PAGO/INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD: Comprendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización por cualquier motivo; y que, al hacerlo, no se verán afectados el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento, el pago, la inscripción en el seguro de salud o la posibilidad de recibir beneficios en **St. Joseph Medical Center**.

12) POTENCIAL DE REVELACIÓN POSTERIOR: Comprendo que la persona que reciba mi Información Médica Protegida puede no estar obligada a cumplir con las leyes de privacidad federales y estatales, y que mi Información Médica Protegida podría dejar de estar protegida por la ley estatal y federal aplicable una vez que sea revelada por **St. Joseph Medical Center**.

13) ACCESO: Comprendo que, en determinadas circunstancias, **St. Joseph Medical Center** tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El **St. Joseph Medical Center** me notificará por escrito tales denegaciones.

He leído y comprendido los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre el uso o revelación de mi información médica. Con mi firma abajo, autorizo a **St. Joseph Medical Center**, con conocimiento de causa y de forma voluntaria, a utilizar o revelar mi información médica en la forma descrita arriba.

14) _____
Firma del paciente Fecha

Nombre del paciente en letra de molde Testigo

For Office Use: <input type="checkbox"/> I.D Verification _____
--

Firma del representante autorizado Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización:

15) _____
Firma del representante personal Fecha

Nombre en letra de molde del representante del paciente Relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre

Las preguntas sobre revelación deben dirigirse al director de gestión de información médica del hospital.

For Office Use:

- Copy of this authorization provided to the patient
- Copy of this authorization provided to the personal representative

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2

Signature of Personnel Completing Request Print Name Date Time

