

DIVULGACIÓN O SOLICITUD DE REGISTROS/ AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Dirección particular: _____

Teléfono particular: _____ Fecha de nacimiento: _____

ESPECIFICAR INFORMACIÓN A SER DIVULGADA O SOLICITADA (MARQUE CON UN CÍRCULO LAS QUE

CORRESPONDAN): La información que puede ser divulgada o solicitada (marcar las que correspondan) en virtud de esta autorización, es:

- Resumen de alta Notas de evolución/del médico Informes radiológicos Informes patológicos
 H.C. y exploración física Notas de enfermería Informes ECG//EMG/EEG Informes de consultas
 Informes de emergencias Informes de laboratorio Informes quirúrgicos Historia clínica completa
 Otro _____

Registros para el período comprendido entre (fechas) _____ y _____

MI INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL:

Al marcar cualquiera de los casilleros junto a una de las categorías de información estrictamente confidencial que se enuncian más abajo, autorizo específicamente el uso y/o la divulgación de la categoría indicada junto al casillero, en tanto que la información estrictamente confidencial se utilice de conformidad con esta autorización:

- Información referida a servicios de salud mental o retardo mental
 Notas de psicoterapia elaboradas por un profesional de salud mental
 Información referida a las pruebas de VIH/SIDA (incluye el hecho de que se haya ordenado, realizado o informado los resultados de una prueba de VIH, independientemente de su resultado positivo o negativo)
 Información referida a enfermedades de transmisión sexual
 Información referida a programas de tratamiento por abuso de alcohol o drogas
 Información referida a ataques sexuales
 Información referida a abuso y negligencia infantil

DIVULGAR información a:

SOLICITAR información de:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

VIGENCIA: Esta autorización permanecerá vigente:

Desde la fecha de esta autorización hasta el _____ de _____ de 20__ .

Hasta que **PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS** haya completado esta solicitud.

Hasta que tenga lugar el siguiente acontecimiento: _____

Otro: _____

PROPÓSITO: Autorizo a **PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS** a usar o divulgar mi información de salud (incluida la información estrictamente confidencial que seleccioné más arriba, si corresponde) durante el período de vigencia de esta autorización para los siguientes fines específicos: [Nota: "a solicitud del paciente" es motivo suficiente si el paciente es quien tramita esta autorización] _____

DIVULGACIÓN DE REGISTROS / AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Comprendo que una vez que **PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS** divulgue mi información de salud al destinatario de la misma, **PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS** no podrá garantizar que éste no la divulgue a un tercero. El tercero involucrado no queda obligado por esta autorización ni por las leyes federales y estatales vigentes que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

Comprendo que **PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS** podrá, directa o indirectamente, recibir remuneración de terceros en relación con el uso o la divulgación de mi información de salud.

Comprendo que puedo rehusarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta autorización por cualquier razón, y que tal negativa o revocación no afectará el inicio, la continuidad o la calidad de mi tratamiento en **PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS**; excepto, no obstante, que mi tratamiento en **PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS** sea con el único propósito de crear información de salud para su divulgación al destinatario identificado en esta autorización, en cuyo caso **PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS** podrá rehusarse a brindarme tratamiento si yo no firmo esta autorización.

Comprendo que esta autorización permanecerá en vigencia hasta la finalización de su plazo o hasta el momento en que presente una notificación escrita de revocación a la Oficina de Privacidad de **PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS** en el domicilio enunciado más abajo. La revocación será efectiva inmediatamente una vez que **PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS** haya recibido mi notificación escrita, salvo que tal revocación no tuviera ningún efecto sobre las acciones realizadas por **PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS** en virtud de esta autorización antes de haber recibido mi notificación por escrito de la revocación.

Comprendo que las copias de los registros tendrán un cargo adicional de conformidad con las normas estatales.

Puedo contactar a la Oficina de Privacidad de **PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS** por correo postal a:

PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS
125 W. Hague, Ste. 550
El Paso, TX 79902
915-577-1597

o por correo electrónico a HHH-Privacy@TenetHealth.com.

He leído y comprendido los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y divulgación de mi información de salud. Al colocar mi firma, por el presente autorizo, a sabiendas y voluntariamente a **PROVIDENCE MEDICAL PARTNERS** a usar o divulgar mi información de la manera descripta más arriba.

Firma del paciente

Fecha

Nota: Si el paciente es menor de edad o por alguna razón no es capaz de firmar esta autorización, se deberán obtener las siguientes firmas:

Firma del representante
personal autorizado

Vínculo con
el paciente

Fecha