



Mission Regional Medical Center

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

El completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información sobre su salud. El no proporcionar toda la información solicitada puede anular esta autorización.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

OTRO NOMBRE (S): _____

FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ **ESTADO** _____ **CODIGO POSTAL** _____

TELEFONO (_____) _____ **CORREO ELECTRONICO** (Opcional): _____

YO DOY PERMISO PARA QUE LA SIGUIENTE ENTIDAD DIVULGUE MI INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD:

**Mission Regional Medical Center
900 S. Bryan Road
Mission TX 78572
956.323.1903 Teléfono 956-323-1902 Fax**

OPCIONES DE FORMATO ELECTRONICO: De acuerdo con la sección 13405 (e) (1) de HITECH; 42 U.S.C. 17935 (e) (1), es posible que sus registros médicos electrónicos se le transmitan a usted u otra entidad en formato electrónico. Elija el tipo de formato en el que desea que se entregue la información. Tenga en cuenta que la entidad receptora puede no aceptar registros en formato electrónico.

Favor de seleccionar el formato de su preferencia: Grabar en CD Papel Email

¿QUIEN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACION DE SALUD?

Persona/Nombre de la Organización _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (_____) _____ Fax (_____) _____ Correo Electrónico: _____

RAZON DE LA DIVULGACION (Elija solo una opción a continuación)

Tratamiento/Atención medica continua Uso personal Facturación o Reclamos Seguro médico

Propósitos Legales Determinación de Incapacidad Escuela Empleo Otro _____

Cobertura del Periodo of Cuidados de Salud de _____ a _____



* A U T H . T O . D I S C L O S *



Mission Regional Medical Center

¿QUE INFORMACION SE PUEDE DIVULGAR? Complete a continuación indicando los elementos que desea revelar. Se requiere la firma para un paciente menor de edad para la liberación de algunos de estos artículos. Si se va a divulgar toda la información favor de marcar solo la primera casilla.

- Toda la información de salud**
- Registro de Sala de Emergencia
- Hoja de Seguimiento
- Historial/Examen Físico
- Medicamentos Pasados/Actuales
- Resultado de Laboratorio
- Pedidos del Medico
- Alergias
- Reportes de Operación
- Reporte de Consulta
- Notas de Progreso
- Resumen del Alta
- Reporte del Diagnóstico del Examen
- EKG/Reporte de Cardiología
- Reporte de Patología
- Información de Facturación
- Reporte de Radiología e Imágenes
- Otro _____

Se requieren sus iniciales para liberar la siguiente información:

_____ Registros de Salud Mental (excluye notas de psicoterapia) _____ Información Genética (incluidos los resultados de las pruebas genéticas) _____ Registro de Drogas, Alcohol, o Abuso de Sustancias _____ Resultados de VIH/SIDA/Tratamiento

PERIODO DE TIEMPO EFECTIVO. Esta autorización es válida hasta el momento que ocurra la muerte del individuo; el individuo llegue a la mayoría de edad; o sea dado de baja el permiso; o en la siguiente fecha específica (opcional):
Mes _____ Día _____ Año _____

DERECHO A REVOCAR: Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviar a:

Mission Regional Medical Center
ATTN: Medical Records
900 S. Bryan Road
Mission TX 78572

Mi revocación entrara en vigor a partir de recibido, excepto en la medida que otros hayan actuado de acuerdo con esta autorización.

AUTORIZACION DE FIRMA: He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información tal como se escribe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de información medica que haya ocurrido antes de la revocación o que de otro modo este permitido por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto con el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada que conforma esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMA X _____
Firma del Individuo o del Representante Legal del Individuo **FECHA**

Nombre impreso del representante legal autorizado (si corresponde): _____

Si es representante, especifique la relación con el individuo: Padre del menor Tutor Otro _____



* A U T H . T O . D I S C L O S *



Mission Regional Medical Center

La firma del menor es requerida para la divulgación de cierto tipo de información, que incluye, por ejemplo, la divulgación relacionada con ciertos tipos de cuidado reproductivo, enfermedades de transmisión sexual, y abuso de drogas y alcohol y tratamiento de salud mental. (Consulte, por ejemplo, Tex. Fam.Code § 32.003).

FIRMA X

Firma del Menor

FECHA

Definiciones - En la forma, los términos "tratamiento", "operaciones de atención médica", "notas de psicoterapia" e "información de salud protegida" se definen en HIPAA (45 CFR 164.501). El "representante legal autorizado" tal como se utiliza en el formulario incluye a cualquier persona autorizada para actuar en nombre de otra persona. (Tex. Occ. Code § 151.002 (6); Tex. Health & Safety Code §§ 166.164, 241.151; y Tex. Probate Code § 3 (aa)).

Información de Salud que se dará a conocer - Si se selecciona "Toda la información de salud" para su divulgación, la información de salud incluye, entre otros, todos los registros y otra información sobre el historial de salud, el tratamiento, la hospitalización, las pruebas y la atención ambulatoria, y también los registros educativos que pueden contener información de salud. Como se indica en el formulario, se requiere una autorización específica para la divulgación de información sobre ciertas condiciones delicadas, que incluyen: • Registros de salud mental (excluyendo las "notas de psicoterapia" según lo definido en HIPAA en 45 CFR 164.501). • Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias. • Registros o pruebas relacionadas con el VIH / SIDA. • Enfermedades o pruebas genéticas (hereditarias) (excepto lo que puede estar prohibido por 45 C.F.R. § 164.502).

Nota sobre la publicación de registros de salud- Si solicita una copia de los registros de salud de la persona con este formulario, las leyes estatales y federales permiten dicho acceso, a menos que el médico o el proveedor de salud mental determine que dicho acceso es perjudicial para la salud física, mental o emocional de la persona. (Tex. Código de Salud y Seguridad §§ 181.102, 611.0045 (b); Tex. Occ. Código 159.006 (a); 45 C.F.R. § 164.502 (a) (1)). Si se especifica un proveedor de atención médica en la sección "Quién puede recibir y usar la información de salud" de este formulario, el permiso para recibir información de salud protegida también incluye médicos, otros proveedores de atención médica (como enfermeras y personal médico) que participan en la atención médica de la persona en las instalaciones de esa entidad o la oficina de esa persona, y los proveedores de atención médica que cubren o están disponibles para la persona u organización especificada, y los miembros del personal o agentes (como socios comerciales u organizaciones de servicios calificados) que realizan actividades y fines permitidos por la ley para esa entidad o persona cubierta especificada. Si se especifica una entidad cubierta que no sea un proveedor de atención médica, entonces el permiso para recibir información médica protegida también incluye al personal de la organización o agentes y subcontratistas que llevan a cabo actividades y propósitos permitidos por este formulario para esa organización.

Cargos - Algunas entidades cubiertas pueden cobrar una tarifa de recuperación / procesamiento y por copias de registros médicos (Tex. Código de Salud y Seguridad § 241.154).

Derecho a recibir una copia – El individuo y / o su representante legalmente autorizado tienen el derecho de recibir una copia de esta autorización.



* A U T H . T O . D I S C L O S *