AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACION DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo autorizo a La EsperanzaClinic (LEC) a (**seleccionar uno**)
◯ **revelar** información de salud protegida
◯ **obtener** información de salud protegida

Nombre completo del paciente _____ Otros nombres utilizados (si es aplicable) _____

Número de teléfono _____ Fecha de nacimiento _____

Información de la organización:

Nobre: _____
Dirección: _____
_____
Fax#: _____

Dirección de remitente:

La Esperanza Clinic
34 Buick St
San Angelo, TX 76901
Telephone #/Fax # (325)658-5339 / (325)486-8754

Expedientes que se van a revelar/obtener (**selecciona uno**):
◯ Historiales médicos completos (incluyendo análisis y vacunas)
◯ Fecha(s) específica(s) de los servicios (si no se solicita la carta completa): _____

Información que se van a revelar/obtener (**seleccionar todo lo que aplique**):

☐ Notas del expediente ☐ Resultados de laboratorio ☐ Registros de vacunación ☐ Radiología
☐ Cuidados prenatales ☐ Dental ☐ Otros:

Información sensible (se requiere las iniciales para revelar):

☐ Registros de salud comportamental _____ ☐ Información sobre ITS _____ ☐ Información genética _____
☐ Información sobre el SIDA/VIH _____ ☐ Antecedentes de abuso de sustancias (SUD) _____

Propósito de la revelación:
◯ Continuación de Atención ◯ Uso personal ◯ Abogado/Legal ◯ Seguros ◯ Otros: _____

Aviso al destinatario (Aplicado solo cuando se selecciona la información de SUD):
Si la información publicada incluye registros de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias (SUD), será protegida por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Estas normas prohíben cualquier revelación adicional de información sobre SUD sin el consentimiento escrito específico del paciente o en caso de que esta norma permita lo contrario. La parte 2 del 42 CFR prohíbe el uso o revelación no autorizada en base de estos registros médicos.

Al firmar este formulario, libero a La Esperanza Clinic, así como a sus empleados, directivos y médicos, de toda responsabilidad legal relacionada con la revelación de la información identificada para fines de publicación. Entiendo que una vez que la información sea revelada conforme a esta autorización, el destinatario podrá volver a revelarla, y la información podría dejar estar protegida por las leyes federales y estatales de privacidad. Comprendo que puedo **revocar** esta autorización en cualquier momento proporcionando una declaración por escrito al Departamento de Gestión de Información Sanitaria, excepto en la medida en que LEC u otra organización ya haya actuado basándose en esta autorización.

Nombre impreso del paciente/representante legalmente autorizado _____ Relación con el paciente _____

Firma del paciente/representante legalmente autorizado _____ Fecha (obligatoria) _____

Identidad del solicitante verificada mediante: ( ) Identificación con foto ( ) Firma coincidente ( ) otros, especifíquese: _____

Verificado por: _____