



Autorización para el Uso o Divulgación de Información Protegida Sobre la Salud **DE** Austin Regional Clinic
*Deben completarse **TODAS** las secciones para que la autorización se considere válida.*

Sección I – Información del Paciente:

Nombre Legal del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección del Paciente: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono Alternativo: _____

Sección II – Divulgar (liberar o dar) Información a:

Por la presente autorizo a Austin Regional Clinic (ARC, por sus siglas en inglés), o a un socio de negocio trabajando en su nombre o en su representación, a que divulgue información de mi registro médico a: **

Enviar Copias por correo a: Entregar electrónicamente a: Guardar para que el paciente la recoja Discutir la información médica con:
 Nombre/Instalación (lugar): _____ A la atención de: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fax: _____ Email: _____

Sección III – Propósito de la Solicitud:

Propósito de la Solicitud: Personal Atención Médica Continua (segunda opinión o referir a un especialista) Seguro Legal
 Transferencia (¿Motivo, razón? _____) Otro: _____

Sección IV – Información Para ser Divulgada (liberada o dada) (Marque todo lo que aplica):

Fechas de Servicio (Opcional) de: _____ a: _____ Clínica y / o Médico / Clínico de Práctica Avanzada (Opcional): _____

<input type="checkbox"/> Resumen de 2 años (incluye 3-6 meses de diagnósticos)	<input type="checkbox"/> Notas Sobre el Progreso
<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes Sobre Imágenes Realizadas
<input type="checkbox"/> Lista Actual de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Lista de Problemas
<input type="checkbox"/> Resultados o hallazgos de diagnóstico (informes de procedimientos, ECG, por sus siglas en inglés, etc)	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones
<input type="checkbox"/> Información sobre facturación (datos sobre cargos)	<input type="checkbox"/> Toda Información Sobre la Salud
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Algunas solicitudes pueden ser cobradas – Vea la explicación de ARC sobre la cuota (costo) por la liberación (divulgación) de información.

Section V - Autorización Para Divulgar (Liberar o Dar) Información Protegida

Pruebas de VIH / SIDA e Información Relacionada* _____ Información de Pruebas Genéticas * _____
 Pruebas de Hepatitis C e Información Relacionada* _____ Tratamiento de Abuso de Alcohol y/o Sustancias* _____

Autorizo específicamente a ARC a liberar (divulgar) mi Información de Salud Protegida como se describe en este formulario a los destinatarios enumerados (listados) anteriormente. Entiendo que cuando la información se use o se divulgue conforme a esta autorización, que puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las regulaciones estatales o federales de privacidad. Entiendo que ARC tiene mi autorización para usar o divulgar mi Información de Salud Protegida para un propósito (descrito en este documento) distinto al (que no sea) tratamiento, pago, u operaciones de atención médica. He leído la autorización y entiendo qué información se usará o se divulgará, quién puede usar o divulgar esta información, y quién es el destinatario (o los destinatarios) de esa información. Entiendo que el tratamiento, el pago, la matriculación, o la elegibilidad para beneficios no pueden ser condicionados (afectados) al firmar yo ésta autorización.

ATENCIÓN: Este es un documento legal. Por favor léalo detenidamente. Al firmar, usted acuerda que entiende y acepta los términos enumerados (listados) arriba.

- Si el/la paciente tiene 18 años de edad o más, el/la paciente tiene que firmar y poner la fecha en el formulario.
- Si el/la paciente tiene 18 años de edad o más pero no tiene la capacidad para firmar, alguna persona sustituta y legalmente autorizada puede firmar y poner la fecha en el formulario. Por favor indique su autoridad legal abajo e incluya documentación de su parentesco (relación).
- Si el/la paciente tiene 17 años o menos, uno de los padres del paciente o su tutor legal tiene que firmar y poner la fecha en el formulario, al menos que exista alguna excepción bajo la ley estatal o federal. Por favor indique su parentesco u relación abajo. **Al firmar, declaro que mis derechos parentales no han sido revocados (anulados) por un tribunal de justicia.**

_____ Firma del paciente	_____ Fecha*
_____ Firma de Padre/Madre / o de representante legalmente reconocido	_____ Fecha*
_____ Nombre escrito en letra del padre / o de representante legalmente reconocido	_____ Relación con el paciente

*Esta Autorización está en vigor (válida) por 90 días (30 días para tratamiento de abuso de alcohol/drogas) al menos que usted especifique lo contrario: Usted puede revocar (anular) esta Autorización en cualquier momento proporcionando una declaración por escrito al Health Information Management Department (Departamento de Gestión de Información de Salud), excepto en la medida que ARC ya ha completado la acción al respecto.
 ** La información que se divulgue conforme a esta Autorización puede ser divulgada de nuevo por la institución receptora o individuo receptor a otros individuos u organizaciones que no están sujetos a las leyes de protección de privacidad.

1CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DEL PACIENTE DE ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS. Esta información ha sido divulgada a usted de registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 C.F.R., por sus siglas en inglés, Parte 2). Las Regulaciones Federales le prohíben a usted hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional se permita expresamente con el consentimiento por escrito de la persona a quien corresponde o según lo permitido por 42 C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las Reglas Federales restringen cualquier uso de esta información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.