

Fecha de completación/envío por fax de la solicitud:

Total de páginas divulgadas:

Solicitud completada por:

Sección A: esta sección debe completarse para solicitar todo tipo de autorización

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: Teléfono del paciente: Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social:

Nombre del proveedor: Green Oaks Hospital Nombre del destinatario:

Domicilio del proveedor: 7808 Clodus Fields Drive Dallas, Texas 75251 Domicilio 1: Domicilio 2: Teléfono del destinatario: Ciudad: Estado: Código postal:

Solicitar entrega (si queda en blanco, se entregará una copia impresa): [] Copia impresa [] Medio electrónico, si lo hubiera disponible (p.ej. disco USB, CD/DVD, eDelivery) [] Correo electrónico encriptado [] Correo electrónico no encriptado
NOTA: Si el centro no pudiera hacer la entrega electrónica solicitada, se proporcionará un método de entrega alternativo (p.ej. copia impresa). Hay cierto nivel de riesgo de que un tercero vea su PHI sin su consentimiento si la recibe por medios electrónicos o correo electrónico no encriptado. No nos hacemos responsables por el acceso no autorizado de la PHI contenida en este formato o los riesgos (p.ej. virus) potencialmente introducidos en su computadora/dispositivo por recibir la PHI en formato electrónico o correo electrónico.

Correo electrónico (si marcó correo-e anteriormente, escribir en letra imprenta legible):

A menos que se establezca un plazo de tiempo más corto, esta autorización expirará 180 días después de la fecha de su firma: (escriba la fecha o el acontecimiento, pero no ambos).

Fecha: Acontecimiento:

Objeto de la divulgación:

Descripción de la información que se utilizará o divulgará

¿Esta solicitud está destinada a las notas de psicoterapia? [] Sí; en ese caso, este es el único ítem que puede solicitar en la presente autorización. Debe presentar otra autorización para solicitar los demás ítems que se muestran a continuación. [] No; en ese caso, puede marcar tantos ítems como sea necesario.

Table with 6 columns: Descripción, Fecha(s), Descripción, Fecha(s), Descripción, Fecha(s). Rows include checkboxes for various types of information like clinical history, lab results, and medical records.

Por este medio autorizo al Hospital designado a continuación a divulgar al destinatario designado más arriba.

- Sitios de DFW: [] Denton Regional Medical Center [] Las Colinas Medical Center [] Medical Center of Plano [] Medical City Dallas [] Green Oaks Hospital [] Medical Center of Lewisville [] North Hills Hospital [] Medical Center Alliance [] Medical Center Arlington [] Medical Center of McKinney/Wyong [] Plaza Medical Center [] Medical City Frisco

Reconozco que es posible que la información divulgada contenga datos sobre SIDA o resultados de VIH, análisis de VIH, resultados psiquiátricos e información sobre el consumo de drogas y de alcohol. Asimismo, por la presente, presto mi consentimiento respecto de dicha información divulgada. (Firme con las iniciales)

Si esta autorización tiene por objeto la divulgación de información genética, especifíquelo aquí:

- Comprendo que: 1. Puedo rehusarme a firmar esta autorización y que la firma de dicha autorización es estrictamente voluntaria. 2. Mi tratamiento, el pago, la inscripción o la calidad de resultar elegible para obtener beneficios no podrá estar condicionado a la firma de esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero, de hacerlo, no producirá efecto alguno sobre los actos llevados a cabo con anterioridad a la recepción de dicha revocación. 4. Si el solicitante o el receptor no es un prestador de planes de salud o de atención sanitaria, es posible que la información publicada ya no reciba la protección de las normas federales sobre privacidad y que pueda volver a ser divulgada. 5. Puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, a cambio del pago de una tarifa razonable por dicha copia, en el caso de que la solicite. 6. Obtengo una copia de este formulario después de firmarlo.

Sección B: ¿el pedido de la PHI se presenta a efectos de marketing y/o implica la venta de PHI? [] Sí [] No

Si la respuesta es afirmativa, el prestador de planes de salud o de atención sanitaria debe completar la Sección B; de lo contrario, debe pasar directamente a la Sección C.

¿El destinatario recibirá algún tipo de compensación financiera o en especie a cambio del uso o de la divulgación de esta información? [] Sí [] No Si la respuesta es afirmativa, especifíquela aquí:

¿El destinatario de la PHI puede ofrecer la información a cambio de remuneración monetaria? [] Sí [] No

Sección C: Firmas

He leído la información precedente y autorizo la divulgación de la información protegida sobre salud de la manera indicada.

Firma del paciente/representante del paciente: Fecha:

Aclaración de la firma del paciente/representante del paciente: Relación con el paciente/representante del paciente:

GREEN OAKS HOSPITAL 7808 Clodus Fields Drive • Dallas, TX 75251 (972) 991-9504
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

PATIENT IDENTIFICATION

