



**Autorización para acceder, inspeccionar y/u obtener una copia de la información protegida sobre la salud**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
 Apellido Primer nombre Segundo nombre

**No. de expediente médico (MRN):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dirección del paciente:** \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código postal

**Número de teléfono del paciente:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Número de teléfono de su trabajo/celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Por este medio autorizo a University Health a divulgar la información protegida sobre mi salud a las siguientes personas designadas:**

**Yo mismo: Vea la información proporcionada más arriba para la dirección de correo y la información de contacto del destinatario.**

**Destinatario:** \_\_\_\_\_  
 Nombre de la persona u organización a la que se divulgará información protegida sobre la salud

**Dirección del destinatario:** \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado

**Número de teléfono del destinatario:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Número de fax del destinatario:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**La siguiente información debe ser revelada para las siguientes fechas de tratamiento:** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Paquete pertinente (H&P, Op, D'C, análisis de laboratorio, radiografías)	<input type="checkbox"/> Informes de cirugía/procedimiento	<input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones
<input type="checkbox"/> Resumen del expediente clínico	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes de consultas
<input type="checkbox"/> Resumen de admisión/alta	<input type="checkbox"/> Informes patológicos	<input type="checkbox"/> Tratamiento por consumo de alcohol/drogas
<input type="checkbox"/> Tratamiento en sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología digital	<input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH
<input type="checkbox"/> Historia y examen físico	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos	<input type="checkbox"/> Factura detallada
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Información de salud mental (requiere aprobación médica)	<input type="checkbox"/> Expediente completo

Otros: \_\_\_\_\_

**La divulgación de la información protegida sobre la salud se utilizará para los siguientes propósitos:**

Atención médica  Uso legal  Seguro  A pedido del interesado  Otro: \_\_\_\_\_

**Método mediante el que puede entregarse la información protegida sobre la salud:**

Correo postal  Recoger en oficina  Fax  Otro: \_\_\_\_\_

**Método mediante el cual se proporciona la información protegida sobre la salud:** (Marque una opción)  Formato electrónico (DVD)  Impreso

- Por este medio, reconozco y otorgo mi consentimiento para la divulgación de información relativa a registros psiquiátricos, registros de abuso de drogas y/o alcohol, información sobre VIH/sida, pruebas genéticas y/o información sobre enfermedades de transmisión sexual. Si no desea divulgar alguna de las categorías de información mencionadas anteriormente, por favor especifique cuáles: \_\_\_\_\_
  - Comprendo que, si el destinatario autorizado para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de cuidado de la salud, la información divulgada podría volver a divulgarse y ya no estaría protegida por reglamentaciones federales y estatales.
  - Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Gestión de la Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
  - Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción y beneficios de elegibilidad con University Health no estarán condicionados por mi autorización de divulgación.
  - Esta autorización caducará a partir de la divulgación de la información con el propósito indicado anteriormente, o 180 días (seis meses) a partir de la fecha de la firma, según lo que ocurra primero.
  - El destinatario recibirá una copia de la autorización firmada.
- \_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o de su representante** **Parentesco o relación con el paciente** **Fecha**

Las autorizaciones completadas pueden enviarse por correo o fax a:

4502 Medical Drive  
Attn: Health Information Management MS# 26-2  
San Antonio, TX 78229

Número de fax: (210) 200-6002  
Teléfono: (210) 358-3532

Identificación verificada mediante:  Licencia de conducir  Otra ID con fotografía válida \_\_\_\_\_  
BCHD# 282 Rev. 02/2022 Exp. 02/2025  Copia provista al paciente ID del empleado del personal de HIM: \_\_\_\_\_

