

Sección A: Esta sección deberá ser llenada para todas las Autorizaciones			
Nombre del Paciente :	Fecha de Nacimiento:	Teléfono del Paciente:	Últimos 4 dígitos del No. de Seguro Social (opcional)
Nombre del Proveedor de Servicios Médicos:	Nombre del Receptor:		
Dirección del Proveedor de Servicios Médicos:	Dirección 1:		
	Teléfono del Receptor:		Fax del Receptor:
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Solicitud de entrega (Si se deja en blanco se proporcionará una copia en papel): <input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> Medios Electrónicos, si están disponibles (por ejemplo, USB, CD/DVD) <input type="checkbox"/> Correo electrónico cifrado <input type="checkbox"/> Correo electrónico no cifrado			
AVISO: En caso de que esta instalación no pueda proveer una entrega electrónica como fue solicitado, se proporcionará un método alternativo de entrega (por ejemplo, una copia en papel). Existe un cierto nivel de riesgo de que una tercera persona pueda ver su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sin su consentimiento cuando la reciba a través de un medio electrónico o un correo electrónico no cifrados. No nos hacemos responsables del acceso sin autorización a la Información Médica Protegida contenida en este formato o de cualquier riesgo (por ejemplo, un virus) introducido potencialmente en su computadora/aparato cuando reciba la Información Médica Protegida en un formato electrónico o correo electrónico.			
Dirección de Correo Electrónico (Si se marcó correo electrónico en la parte de arriba. Por favor escriba con claridad):			
Esta autorización expirará en la siguiente: (Llene en Fecha o Evento pero no en ambos.)			
Fecha:		Evento:	
Propósito de la revelación:			
Descripción de la información a ser utilizada o revelada			
¿El propósito de esta solicitud son las notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, entonces este es el único punto que puede solicitar en esta autorización. Usted deberá presentar otra autorización para los otros puntos que se mencionan abajo. <input type="checkbox"/> No, entonces podrá marcar abajo todos los puntos que necesite.			
Descripción:	Fecha(s)	Descripción:	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Toda mi PHI en el expediente médico <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen médico <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Reportes de consultas <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos		<input type="checkbox"/> Reportes de operaciones <input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Electroencefalograma/Electrocardiograma/Prueba de Esfuerzo <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología <input type="checkbox"/> Información de Enfermería <input type="checkbox"/> Formas de Traslado <input type="checkbox"/> Información de Urgencias	
		<input type="checkbox"/> Resumen de Trabajo de Parto/Parto <input type="checkbox"/> Instrucciones de Alta <input type="checkbox"/> Notas de Progreso <input type="checkbox"/> Factura detallada: <input type="checkbox"/> Forma UB-04: <input type="checkbox"/> Lista de las fechas de servicio: <input type="checkbox"/> Otro:	
Reconozco y por la presente consiento al hecho de que la información revelada puede contener información sobre alcohol, abuso de drogas, información genética, psiquiátrica, prueba de VIH, resultados de la prueba de VIH o información sobre SIDA. _____ (Inicial)			
Entiendo que:			
1. Puedo rehusarme a firmar esta autorización y es estrictamente voluntario. 2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no puede estar condicionada a la firma de esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en cualquier acción tomada antes de recibir la revocación. Se puede encontrar información más detallada en la Notificación de Prácticas de Privacidad. 4. Si el solicitante o receptor no es un plan de atención médica o un proveedor de servicios médicos, es probable que la información revelada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad y es probable que se vuelva a revelar. 5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en esta forma, pagando un precio razonable por la copia si la solicito. 6. Recibiré una copia de esta forma una vez que la haya firmado.			
Sección B: ¿La solicitud de PHI es con el propósito de mercadotecnia y/o implica la venta de PHI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es sí, el plan de atención médica o el proveedor de servicios médicos deberá llenar la Sección B, de lo contrario pase a la Sección C.			
¿El receptor recibirá una remuneración financiera a cambio del uso o revelación de esta información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es sí, describa:			
¿Es probable que el receptor de PHI intercambie más adelante la información por una remuneración financiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Sección C: Firmas			
He leído la información arriba mencionada y autorizo la revelación de la información médica protegida como se hizo constar.			
Firma del Paciente/Representante del Paciente:		Fecha:	
Escriba con letra de molde el nombre del Representante del Paciente:		Relación con el Paciente:	

Fax to: CIOX 1-844-979-1435

Methodist Specialty and Transplant Hospital, Metropolitan Methodist Hospital, Northeast Methodist Hospital, and Methodist Texsan Hospital are campuses of Methodist Hospital.



* R O I *