

<p>UTHealth Houston Behavioral Sciences Campus (Campus de Ciencias del Comportamiento de UTHealth Houston) P.O. BOX 20249 Houston, Texas 77225-0249</p> <p>AUTORIZACIÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL HISTORIAL MÉDICO</p>	<p>Liberación de información</p> <p>Número de fax 713-383-3749</p> <p>Número principal 713-741-7888</p> <p>correo electrónico BSCMedRecords@uth.tmc.edu</p>
---	---

NOMBRE DEL PACIENTE _____ HISTORIAL MÉDICO# _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

Autorizo a Campus de Ciencias del Comportamiento de UTHealth Houston a que revele la información sobre la salud o
(Nombre de la Institución)

la información del historial médico especificada a continuación. Soy consciente de que si la información sobre la salud o el historial médico contuviera información sobre el diagnóstico o tratamiento del alcoholismo, abuso de drogas y/o adicción, o sobre una enfermedad contagiosa o transmitida sexualmente (incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana), la presente autorización incluye asimismo la autorización para revelar dicha información.

Autorizo el uso o revelación de la siguiente información:

_____ Resumen del Alta	_____ Historia y Físico	_____ Informes del Laboratorio
_____ Notas sobre el Progreso	_____ Órdenes del Doctor	_____ Evaluación Psicológica
_____ Informe de Consultas	_____ Otros _____	

Solicito dicha información con el siguiente propósito: (Por favor, marque con un círculo)

- | | |
|--|--|
| 1. Rellenar una reclamación para el seguro | 2. Seguir recibiendo tratamiento de otro doctor o institución médica |
| 3. Determinar la discapacidad | 4. A petición del interesado |
| | 5. Otros (especifique en la línea) |

Autorizo que la información sea revelada a la siguiente persona u organización:

Nombre de la persona u organización _____ Número de teléfono/fax _____

Dirección Ciudad, Estado, código postal _____

Posibilidad de Revelar la Información a Terceros

La información que será revelada proviene de informes cuya confidencialidad está protegida por Ley Federal. Las leyes Federales (42 CFR Part 2) prohíben que el recipiente del presente informe lo comparta con otros sin el específico consentimiento escrito de la persona a quien pertenecen los informes, o de la manera permitida por dichas leyes.

Caducidad de la Autorización:

Fecha de caducidad: _____ o Evento que supondría la caducidad: _____

NOTA: Entiendo que, a menos que elija una fecha de autorización específica, esta autorización tendrá una vigencia de noventa días, a menos que la revoque antes.

Derecho a Poner Fin o Revocar la Autorización

Puedo revocar o rescindir esta Autorización presentando una revocación por escrito. Excepción: cuando revoco una autorización, la revocación solo es válida desde el momento en que Campus de Ciencias del Comportamiento de recibe la revocación. La revocación no tiene efecto sobre la información que ya ha sido divulgada.

Entiendo que Campus de Ciencias del Comportamiento de UTHealth Houston no puede obligarme a firmar este documento y, si me niego a firmar esta autorización, no puede negarse a tratarme.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Relación con el paciente (en el caso del Representante)

Firma de un testigo