

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN - Autorización del paciente

Baylor Scott & White Orthopedic and Spine Hospital

707 Highlander Blvd

Arlington, TX 76015

Teléfono de registros médicos: 817-583-7021 o 817-583-7020

Fax de registros médicos: 817-466-7249

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

Dirección del paciente:

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono del paciente:

Número de seguro social del paciente:

Fecha:

FECHA DE SERVICIO solicitado

Información que se divulgará (seleccione):

___ Resumen de alta

___ Rayos X e imágenes: solo informe

___ Lista de medicamentos

___ Historia y Físico

___ Rayos X e imágenes: solo CD/placa

___ Formularios de admisión /
Resumen del expediente clínico

___ Informes de consulta

___ Resultados de laboratorio/patología

___ Informes operativos

___ Electrocardiograma

___ Registros de facturación

___ Registros de anestesia

___ Registro de la sala de emergencias

___ Registro completo

___ OTROS (especificar)

Motivo de la divulgación:

Atención médica continua Verificación de seguro Archivos personales Legal

Otro

- Entiendo que, al firmar este comunicado, se puede revelar información confidencial, como alcoholismo, abuso de drogas, estado de VIH y enfermedad mental.
- Entiendo que este comunicado será válido por un período de 180 días, a menos que se especifique lo contrario.
- La información de salud personal que se divulga puede ser divulgada nuevamente por el destinatario, pero ya no estará protegida por las Regulaciones Federales de Privacidad.
- Baylor Orthopaedic & Spine Hospital no requiere que el paciente firme este comunicado para recibir tratamiento o pago, o para inscribirse o ser elegible para los beneficios.
- Esta autorización para la divulgación de información se puede revocar en cualquier momento por escrito.
- Si el representante personal de un paciente firma esta autorización, la autorización también **deber** incluir una descripción de la autoridad de esa persona para actuar en nombre del paciente. Se puede solicitar más documentación de respaldo.

YO, _____, autorizo a Baylor Scott & White Orthopaedic & Spine Hospital
(Nombre del paciente o representante legal)

a divulgar la información de salud protegida mencionada anteriormente a los siguientes (Código de Salud y Seguridad de Texas 241.152 (b)):

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Número de fax:

Proporcione a través de: ___Correo ___Encomienda ___Fax

Firma del paciente (firma):

Representante Legal del Paciente (si es aplicable):

- Bajo la **Ley de Texas y la Norma de privacidad de HIPAA**, no podemos divulgar información de atención médica sobre un paciente a ninguna persona que no sea el paciente o el representante legal del paciente sin la autorización por escrito del paciente o representante legal.
- Según la ley de Texas, tenemos **15 días hábiles** para responder a todas las solicitudes de divulgación de información. (Código de Salud y Seguridad de Texas 241.154) (Norma de privacidad de HIPAA = 30 días)
- La **Norma de privacidad de HIPAA** requiere que las autorizaciones para la divulgación de información médica protegida estén separadas de cualquier otra autorización o formulario de consentimiento.
- **Proyecto de Ley del Senado 667**, una autorización de divulgación debe ser por escrito, fechada y firmada por el paciente.

Solo para uso de oficina: Fecha de divulgación _____ Completado por _____

Revisado 06/23/22