

UT-HARRIS COUNTY PSYCHIATRIC CENTER (UT-HCPC)
(Universidad de Texas - Centro Psiquiátrico del Condado de Harris)
P.O. BOX 20249
Houston, Texas 77225-0249

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN
CONTENIDA EN EL HISTORIAL MÉDICO**

Release of Information

Fax Number 713-741-3870

Main Number 713-741-7888

NOMBRE DEL PACIENTE _____ HCPC MR# _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

Autorizo a _____ HCPC _____ 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 _____ Órdenes del Doctor _____ Historial _____ Informes del Laboratorio
_____ Notas sobre el Progreso _____ Informes de Radiolog _____ Evaluación Psicológica
_____ Informe de Consultas _____ Informe de EEG _____ Informe del Test Psicológico
_____ 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 _____

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: Soy consciente de que a menos que yo establezca una fecha específica para la autorización, la presente autorización será efectiva durante noventa días a menos que decida revocarla anticipadamente.

Derecho a Poner Fin o Revocar la Autorización

Tengo derecho a revocar o poner fin a la presente Autorización entregando una revocación por escrito al UTHCPC. Excepción: Cuando yo revoque una autorización, la revocación será válida únicamente desde el momento en que el UTHCPC reciba la revocación. La revocación no tendrá ningún efecto sobre la información que hubiera sido revelada anteriormente.

Soy consciente de que el UTHCPC no puede obligarme a firmar el presente documento, y si me niego a firmar la presente autorización, el UTHCPC no puede negarse a ofrecerme tratamiento.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Relación con el paciente (en el caso del Representante)

Firma de un testigo