

Texas Tech University Health Sciences Center  
 Department of Psychiatry  
 3601 4th St, MS8103  
 Lubbock TX 79430  
 (806) 743-2800  
 (806) 743-2784 fax

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

TTUHSC MRN: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_

**Autorización para divulgación de información médica**

Yo autorizo a Texas Tech University Health Sciences Center a:

Divulgar la siguiente información a: Nombre de la institución/persona: \_\_\_\_\_

Recibir la siguiente información de: Dirección / ciudad, estado. Zona postal \_\_\_\_\_

<p><b>La divulgación de esta información tiene el propósito(s) de</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado continuo por otro proveedor de servicios médicos  <input type="checkbox"/> Compañía de seguro médico  <input type="checkbox"/> Abogado  <input type="checkbox"/> Otra razón (especifique) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad  <input type="checkbox"/> Escuela  <input type="checkbox"/> Repaso Personal</p>	<p><b>Única Información que debe divulgarse/usarse</b></p> <p><input type="checkbox"/> Expediente médico completo  <input type="checkbox"/> Un año  <input type="checkbox"/> Historial de vacunación  <input type="checkbox"/> Estado de cuenta  <input type="checkbox"/> Especialidad específica  <input type="checkbox"/> Otra razón (especifique) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados de rayos X  <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio  <input type="checkbox"/> Horario</p>
--	--

Acepto que la información siguiente puede ser divulgada/usada según se indica:

- (1) Resultados de pruebas de SIDA/VIH, diagnósticos, tratamiento, e información relacionada **sí** **no** \_\_\_\_\_
- (2) Resultado de pruebas antidoping e información acerca del uso y/o tratamiento relacionado al uso de drogas y alcohol **sí** **no** \_\_\_\_\_
- (3) Información de su estado mental **sí** **no** \_\_\_\_\_
- (4) Pruebas genéticas **sí** **no** \_\_\_\_\_

<p><b>Hago constar que:</b></p> <p>Yo entiendo que:</p> <p>1. Esta Autorización es voluntaria y puedo rehusar firmarla. La decisión de no firmar esta Autorización no afectaría mi tratamiento médico o pago por estos servicios.</p> <p>2. Si yo deseo revocar esta Autorización debo hacerlo por escrito al Centro de Ciencias de Salud de la Universidad Texas Tech (o la institución que lo divulgue.) La información puede ser divulgada hasta la fecha que se reciba mi petición de cancelación por escrito.</p> <p>3. Esta Autorización caduca a los 180 días de la fecha en que se firme, de la fecha que se indica, o en caso eventual de que: (especifique) _____</p> <p>4. Información adicional disponible en el folleto Aviso de Normas de Privacidad</p>	<p>5. Si los servicios de atención médica se proveen a petición de y son pagados por mi empleador (o eventual empleador), yo entiendo y acepto que todo documento e información relacionada con estos servicios pueden darse directamente a mi empleador, y que si yo deseo obtener dicha información, debo ponerme en contacto con mi empleador o eventual empleador.</p> <p><b><u>Notificación a la parte que recibe esta información.</u></b></p> <p>El uso de la información se le proporciona en esta Autorización se limita sólo a la finalidad indicada. Se prohíbe el uso de la información que se divulga en este formulario para cualquier otra finalidad sin previo consentimiento del paciente. Esta información puede estar protegida por reglamentos federales y éstos prohíben que la información se divulgue a terceras personas sin previo consentimiento de la persona cuyo nombre aparece en esta Autorización a menos que se divulgue según lo permite 42 CFR Parte 2</p>	<p><b><u>EXONERACION DE TODA RESPONSABILIDAD.</u></b></p> <p>Acepto liberar a las clínicas de TTUHSC (o cualquier otra institución que divulgue esta información) sus agentes, representantes, y empleados de toda responsabilidad asociada a la divulgación de información confidencial médica en conformidad con esta Autorización. Yo entiendo que la clínica de TTUHSC (o cualquier otra institución) no son responsables del uso o divulgación a terceras partes.</p>
--	---	--

Y Yo certifico que la información de este formulario me fue explicada totalmente, que la he leído, o me fue leída\*, y que entiendo su contenido.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Paciente / otra persona legalmente autoriza

\_\_\_\_\_  
Testigo / interprete\*

\_\_\_\_\_  
Imprima su nombre

\_\_\_\_\_  
Imprima nombre y parentesco con el paciente