Texas Tech University Health Sciences Center
Servicios de Salud Para Estudiantes
3601 4th Street Mail Stop 7208
Lubbock, TX 79430-7208
(806) 743-2860

Nombre del paciente: _____
TTUHSC MRN: _____
Fecha de Nacimiento_____
Número de seguro social_____

Autorización para revelación de información del paciente

Yo solicito y autorizo a Texas Tech University Health Sciences Center para:

☐ Revelar la siguiente información a: Nombre del establecimiento/persona: _____

☐ Recibir la siguiente información de: Dirección / ciudad, estado. Zona postal_____

Revelación es para el propósito de	**Información que debe revelarse si se solicita:**
☐ Cuidado continuo por otro proveedor de salud	☐ Un año
☐ Compañía de seguro	☐ Dos años
☐ Abogado	☐ Archivo médico completo
☐ Otra razón (especifique)_____	☐ Estado de cuenta
☐ Discapacidad	☐ Especialidad _____
☐ Escuela	☐ Otra razón (especifique)_____
☐ Repaso Personal	☐ Resultados de rayos X
	☐ Resultados de laboratorio
	☐ Horario
	☐ Registro de vacunas

Yo entiendo y estoy de acuerdo que la información que yo autorizo a ser revelada puede incluir:

(1) Resultados de pruebas de SIDA/VIH, diagnósticos, tratamiento, e información relacionada con éstos;
(2) Información o resultados de pruebas antidoping, o tratamiento para el abuso de drogas y alcohol;
(3) Pruebas de genética

A menos que yo lo autorice de otra manera_____.

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo rehusar firmarla. También entiendo que aún cuando no firme este formulario de autorización, mi tratamiento no se verá afectado (45 C.F.R. 164.508 (c)(2. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando, por escrito, a Tech University Health Sciences Center (o el establecimiento que lo revele), excepto hasta el punto que se tome acción confiando en ésta. Esta autorización caduca automáticamente: 90 días después de que usted la firme, después de su última visita a una clínica de TTUHSC, o después que toda cuenta enviada a la compañía que maneja su seguro de salud, o partes terceras, haya sido pagada o resuelta satisfactoriamente, cualesquiera que sea la última (45 C.F.R. 164.508 (c)(2.	Yo también entiendo que la(s) persona(s) que yo autorice a usar o revelar información puede(n) recibir remuneración (directa o indirectamente) por ésta. También entiendo que puedo leer mi folleto de Aviso de normas de privacidad. **EXONERACION DE RESPONSABILIDAD** **Yo acepto exonerar y no culpar a las clínicas de TTUHSC (o cualquier otro establecimiento) y sus agentes, representantes, o empleados de cualquier responsabilidad relacionada con la revelación de información confidencial del paciente según lo otorga esta Autorización. Yo entiendo que las clínicas de TTUHSC (o cualquier otro establecimiento que revele información) no serán responsables por usos o revelaciones adicionales a terceras personas (45 C.F.R. 164.508 (c)(2).**	INFORMACION A LA PESONA QUE RECIBE ESTE FORMULARIO Esta información le ha sido revelada con el único propósito(s) descrito en esta Autorización. Cualquier otro uso de esta información sin el consentimiento del paciente está prohibido. Este historial medico puede estar protegido por reglamentos federales (42 C.F.R. Part 2). Si los servicios de cuidado de salud (incluyendo examen físico o prueba anti-doping) se le proveen a petición de y son pagados por su empleador (o presunto empleador) yo entiendo y estoy de acuerdo que todo resultado e información relacionados con los servicios de cuidado de salud que se me suministraron pueden ser facilitados a mi empleador, y si yo deseo obtener tal información, debo ponerme en contacto con mi empleador o presunto empleador.

Yo certifico que se me explicó en su totalidad la información contenida en este formulario, 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	Nombre y parentesco con el paciente