



**AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA DE CUIDADO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
PROTEGIDA**

Las entidades cubiertas, según se definen en la HIPAA y en el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001, deben obtener una autorización firmada del individuo o de su representante legalmente autorizado para divulgar electrónicamente la información de salud protegida de dicho individuo. No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, la realización de ciertas funciones de seguros, o según lo permita la ley. Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario u otro que cumpla con la HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables. No se puede negar tratamiento a una persona por no firmar este formulario de autorización, y la negativa a firmarlo no afectará el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios.

De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996, la siguiente información debe completarse anualmente para cada paciente. Entiendo que puedo retirar mi autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito en la que exprese mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización indicada a continuación.

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Dirección Completa:	Teléfono:

**Autorizo a _____ a divulgar mi información médica protegida para
continuidad de atención bajo la supervisión de:**

Nombre de Persona/Organización:	
Dirección:	Teléfono:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Fax #:

Nombre de Persona/Organización:	
Dirección:	Dirección:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Ciudad, Estado, Código Postal:

Información Autorizada para Divulgar:

<input type="checkbox"/> Toda la información médica	<input type="checkbox"/> Historia / Examen físico	<input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/presents	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Órdenes médicas	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Reportes quirúrgicos	<input type="checkbox"/> Patología
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Reportes diagnósticos	<input type="checkbox"/> Reportes de EKG/Cardiología	
<input type="checkbox"/> Información de facturación	<input type="checkbox"/> Radiología e imágenes	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Otro _____

Iniciales requeridas para divulgar:

_____ Registros de Salud Mental	_____ Resultados/Tratamiento VIH/SIDA
_____ Información Genética	_____ Registros de Alcohol/Drogas

Fecha: _____

Paciente: _____

Firma del paciente o responsable

Nombre en letra de molde (Relación si no es el paciente)