



Autorización de divulgación de información médica protegida

Descripción: Este formulario permite que el condado de Travis use y divulgue cierta información médica protegida, según se describe a continuación:

Parte I: ¿A quién le pertenece la información a la que aplica esta autorización?

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Último 4 de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: (____) _____

Parte II: ¿A quién debemos divulgar la información y para qué propósito?

Autorizo al condado de Travis _____ a usar y divulgar la información médica descrita en la Parte III a: Nombre del departamento o programa

Nombre del destinatario: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: (____) _____ Número de fax: (____) _____

Para propósitos de:

<input type="checkbox"/> Tratamiento/Cuidado médico continuo	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Escuela
<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Asuntos legales	<input type="checkbox"/> Empleo
<input type="checkbox"/> Facturación o reclamaciones	<input type="checkbox"/> Determinación de incapacidad	<input type="checkbox"/> Otro _____

Parte III: ¿Qué Información puede divulgarse? Marque solamente las casillas que contengan lo que desea que se divulgue. Si desea que se divulgue toda la información médica, entonces marque solo la primera casilla. Tenga en cuenta que es probable que se requieran sus iniciales o la firma de consentimiento de un menor¹ para la divulgación de algunas de estas categorías.

<input type="checkbox"/> Información completa de salud	<input type="checkbox"/> Órdenes del médico	<input type="checkbox"/> Resumen del alta
<input type="checkbox"/> Historial/Examen físico	<input type="checkbox"/> Informes de consulta	<input type="checkbox"/> Información de facturación
<input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/presentes	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Otro _____

Se requieren sus iniciales para revelar la siguiente información:

____ Expedientes de salud mental (se excluyen las notas de psicoterapia²) ____ Registros que contienen información genética
____ Abuso de drogas, alcohol o sustancias ____ Registros de tratamientos ____ Registros que contengan el tratamiento o los resultados de las pruebas de VIH/SIDA o

Se requiere la firma de consentimiento de un menor para revelar la siguiente información:

Expedientes relacionados con los tratamientos hospitalarios, médicos o quirúrgicos relacionados con el embarazo
Expedientes relacionados con los exámenes y tratamiento de las adicciones, dependencia o uso de drogas o sustancias químicas
Expedientes de orientación relacionada con la prevención del suicidio, adicción o dependencia química o abuso sexual, físico o emocional

Expedientes relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades infecciosas, contagiosas o transmisibles de reporte obligatorio

Parte VI: ¿Cuál es la fecha de vencimiento de esta autorización?

Esta autorización vence: (i) cuando muere la persona cuya información se va a divulgar; (ii) cuando la persona cumple la mayoría de edad; (iii) cuando se retira la autorización; o (iv) el día _____, lo que ocurra primero.

Parte V: Información importante

- Este formulario de autorización no prohíbe que el condado de Travis divulgue cualquier información médica protegida si así lo requieren las leyes federales y estatales.
- Esta autorización puede revocarse en cualquier momento antes de su fecha de vencimiento. Para revocar esta autorización, simplemente envíe un aviso por escrito a la dirección que aparece en las siguientes Instrucciones de presentación.
- La revocación de esta autorización no afectará los usos o divulgaciones ocurridas antes de la fecha en que el condado de Travis recibió la revocación y no revocará ninguna autorización obtenida para el propósito de obtener cobertura de seguro si la compañía de seguros tiene el derecho legal de objetar una reclamación.
- Cuando la información médica protegida se haya divulgado a los destinatarios que se describen en la Parte II, dichos destinatarios tienen la posibilidad de divulgar esta información nuevamente y es probable que el Reglamento de Privacidad de la HIPAA ya no proteja dicha información. El condado de Travis no es responsable de ninguna divulgación posterior que haga el destinatario.
- No se me requiere que firme esta Autorización para recibir cualquier tratamiento médico, inscribirme en un plan de salud o ser elegible para recibir beneficios.

Firma de la persona (o Representante personal)

Fecha

Si usted es el representante personal de la persona, indique su nombre, dirección, número de teléfono, relación que tiene con la persona y prueba* de su situación legal de representante personal.

Nombre: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

Relación con la persona: _____

**El condado de Travis aceptará la documentación que acredita su relación legal, que puede ser un testamento ejecutado, un poder notarial o una orden judicial. También debe presentar una identificación válida con fotografía expedida por el gobierno.*

Instrucciones de presentación

Complete este formulario y envíelo a:

Privacy Officer

700 Lavaca, Ste. 1500

Austin, TX 78701.

También puede enviar por correo electrónico un formulario escaneado a: privacy@traviscountytexas.gov

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Fecha de recepción: _____ Recibido por: _____ Cargo: _____	
<p>Verificación de la identidad del Solicitante:</p> <p><input type="checkbox"/> Documento de identificación con fotografía</p> <p><input type="checkbox"/> Información de identidad <input type="checkbox"/> Firma comparada</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p>Si la solicitud la presentó un Representante personal, la autoridad del Representante personal se verificó por medio de:</p> <p><input type="checkbox"/> Testamento ejecutado</p> <p><input type="checkbox"/> Documentación del poder notarial</p> <p><input type="checkbox"/> Autorización firmada por la persona</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
Fecha en que se divulgó/reveló la Información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés): _____	

Nota 1: Un menor es una persona que tiene menos de 18 años de edad, que no está ni ha estado casado o a quien no se le ha retirado alguna discapacidad por pertenecer a un grupo minoritario por orden judicial. Un menor puede dar su consentimiento para recibir tratamiento médico, dental, psicológico/de orientación y quirúrgico cuando:

- Es un miembro de las fuerzas armadas en servicio activo;
- Es mayor de 16 años, reside lejos de sus padres y se hace cargo de su propia situación financiera;
- El tratamiento es para una enfermedad infecciosa, contagiosa o trasmisible de reporte obligatorio;
- La menor está embarazada sin estar casada y el tratamiento se relaciona con el embarazo;
- El tratamiento es para dependencia o adicción a las drogas o a las sustancias químicas, o
- La orientación está relacionada con el abuso sexual, físico o emocional, la prevención del suicidio o la adicción o dependencia.

Nota 2: La autorización para revelar las notas de psicoterapia debe completarse en un formulario separado y no puede combinarse con otras autorizaciones de divulgación de información.