Número de UH: _____

RESERVADO PARA UTMB: Por favor marque uno: ___ AIS* publicará la ISP ___ ISP ya fue publicada; AIS sólo archivará la Autorización
(*AIS: Departamento de Administración de la Información de Salud)

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP) Por UTMB

Nombre del Paciente: _____ _____
Apellido Nombre Inicial 2º Nombre (Nombre Anterior U Otros Nombres Usados)

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Número de UH:** _____

Si esta Autorización es para cualquier propósito que no sea la publicación de la ISP por motivos personales, por favor indique el propósito aquí abajo:

Autorizo la publicación del historial médico por: The University of Texas Medical Branch
301 University Blvd. Galveston, Texas 77555

Por favor publique el historial médico solicitado a:
Nombre:
Dirección:
Ciudad: Estado C.P.
Número de Teléfono: Número de Fax:

Autorizo expresamente el uso y la revelación de la siguiente ISP: **(Por favor proporcione una descripción detallada de los datos concretos y del período que está solicitando)**

□ Historial de Urgencias	_____	□ Antecedentes Hospitalarios	_____
□ Antecedentes Clínicos	_____	□ Informes de Radiología	_____
□ Informes de Laboratorio	_____	□ Películas de Radiología	_____
□ Antecedentes de Vacunas	_____	□ Informes de Patología	_____
□ Diapositivas	_____	□ Informes de Farmacia	_____
□ Otra	_____		_____

Esta autorización caducará el 180º día contado a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se especifique una fecha anterior aquí abajo:

Al firmar el presente Formulario de Autorización, entiendo que estoy autorizando a UTMB para que utilicen y/o revelen mi información de salud protegida (ISP) de la manera indicada más arriba. La información que será utilizada o revelada de conformidad con el presente formulario de autorización puede incluir información relacionada con: (1) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o (2) infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), tratamiento del uso indebido de drogas o alcohol, o (3) salud mental o conductual o tratamiento psiquiátrico. Si usted está solicitando anotaciones de las sesiones de psicoterapia mantenidas por un proveedor de salud mental, será necesario llenar otro formulario de autorización. Entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento, informando a UTMB mediante notificación por escrito dirigida al Departamento de Administración de la Información de Salud (*Health Information Management Department*), 301 University Blvd., Galveston, Texas 77555-0782, de mi intención de revocar la presente autorización. Entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier información que ya fue utilizada o revelada por UTMB antes de que UTMB recibiera mi notificación por escrito de revocación. Entiendo que si el receptor de la información no está sujeto a las leyes federales o de Texas sobre la privacidad, la información revelada de conformidad con la presente autorización puede ser revelada de nuevo por el receptor y dejará de estar protegida por las leyes federales o de Texas sobre la privacidad. La presente Autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar este Formulario de Autorización. Entiendo que no estoy obligado a firmar este Formulario de Autorización a cambio de que el paciente reciba tratamiento de UTMB.

_____ _____
Firma del Paciente o Representante Personal Autorizado **Fecha**

_____
Relación con el Paciente (Si firma un Representante Personal)

SI LA TARJETA DE ID DEL PACIENTE NO ESTÁ DISPONIBLE, ESCRIBIR LA FECHA, EL NOMBRE DEL PACIENTE Y EL Nº DE UH EN EL SIGUIENTE ESPACIO

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISB) POR UTMB

Formulario de Historial Médico 7032-Rev.5/05
The University of Texas Medical Branch Hospitals
Galveston, Texas

Original – Historial Médico

UTMB FORMS MGT. PROHÍBE ESTRICTAMENTE LAS MODIFICACIONES DE ESTE FORMULARIO.