

**Autorización para Divulgar Información Sanitaria**

Este formulario te permite dar permiso por escrito (llamado "autorización") para que tu información sanitaria se comparta con otra persona. Debemos contar con tu autorización para compartir tu información por motivos que no estén relacionados con tu tratamiento, pago o operaciones sanitarias, salvo que la ley lo permita o exija lo exigido. Por favor, lea este formulario con atención antes de firmar.

**SECCIÓN 1—Individuo cuya información será compartida**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre completo:

**SECCIÓN 2—¿Quién puede divulgar y recibir mi información?** Por favor, rellene el nombre y los datos de contacto de la persona u organización a la que desea que envíemos su información.

Organización que Divulga la Información	Destinatario autorizado de información
Nombre: Centro Médico Regional Liberty Dayton	Nombre:
Dirección: 1353 N. Travis St. Liberty, TX 77575	Dirección:
Teléfono: 936-336-7316	Teléfono:
Fax (si procede): 936-336-7837	Fax (si procede):
Correo electrónico: <a href="mailto:roi@libertydaytonrmc.com">roi@libertydaytonrmc.com</a>	Correo electrónico:

**SECCIÓN 3—¿Qué información se puede compartir? Comprueba todo lo que se aplica**

**Todos mis historiales médicos:** Esto incluye toda la información sanitaria de mi historial, como diagnósticos, tratamientos, resultados de pruebas, medicación, notas clínicas, a menos que lo limite a lo más mínimo.

**Registros de este rango de fechas:** Desde: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Registros sobre una condición o tipo de atención específica (describir):** \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 4—Información Sanitaria Sensible:** Parte de la información sanitaria tiene protecciones legales especiales. Para autorizar la compartición de cualquiera de las siguientes opciones, coloca tus **iniciales** junto a cada categoría que apruebes. Si no pones tus iniciales junto a una categoría, **no** facilitaremos la información.

Iniciales	Categoría	Descripción
_____	Salud Mental/Conductual	Incluye evaluaciones, diagnósticos, medicamentos o tratamientos para la salud mental o conductual. Las notas de psicoterapia requieren una autorización separada.
_____	Registros de Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD)	Incluye información general sobre el consumo de sustancias, como visitas a urgencias, medicamentos o diagnósticos. Estos registros están protegidos por la HIPAA, pero <b>no están</b> cubiertos por las protecciones más estrictas del <b>42 CFR Parte 2</b> . Si los registros están cubiertos por la <b>Parte 2</b> , se requiere un formulario de consentimiento o una orden judicial separada para compartirlos.
_____	Información relacionada con el VIH/SIDA	Incluye el estado serológico, los resultados de las pruebas y la atención relacionada. Puede requerir una autorización separada dependiendo de la ley estatal.
_____	Información genética	Incluye resultados de pruebas genéticas, antecedentes familiares o asesoramiento genético. Protegido por HIPAA y la Ley de No Discriminación en Información Genética (GINA).
_____	Salud sexual/reproductiva	Incluye anticonceptivos, fertilidad, pruebas de ITS, servicios de aborto y atención relacionada. Algunas divulgaciones pueden requerir pasos adicionales, como una atestado.
_____	Otros (describir)	_____

**SECCIÓN 5—¿Cuándo expira esta autorización?** Esta autorización caducará cuando elijas, pero si no seleccionas una opción, solo será válida para la solicitud única.

Despues de completar esta solicitud única  Un (1) año desde la fecha de mi firma \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 7—Sus derechos e información importante**

Al firmar este formulario, reconoces que entiendes lo siguiente:

- El destinatario puede compartir tu información de nuevo. Una vez que tu información se comparte con otra persona, puede que no estén obligados a seguir las mismas normas de privacidad (como HIPAA).
- Puedes cancelar esta autorización en cualquier momento, y cancelar no afectará a ninguna información ya compartida según este formulario. Para ello, escriba a: [roi@libertydaytonrmc.com](mailto:roi@libertydaytonrmc.com) o llame al 936-336-7316 x. 143
- Tienes derecho a una copia de este formulario firmado. Guárdalo para tus registros

---

Firma de un Representante Individual o Autorizado

---

Fecha

---

Nombre impreso del representante autorizado (*si no está firmado por el individuo*)

---

Relación con el individuo

---

**Solo para uso en la oficina**

**Fecha de recepción:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Procesado por:**