

**Doctors Hospital at Renaissance**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de servicio: \_\_\_\_\_

Domicilio completo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Número social del paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

- Autorizo al Doctors Hospital at Renaissance a divulgar los expedientes médicos que han obtenido en el transcurso de mi evaluación o tratamiento a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(Nombre y domicilio de la persona u organización a quien se debe hacer la divulgación)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Tipo de Acceso que se pide:  Copias del expediente  Revisión del expediente médicos

- Autorizo al \_\_\_\_\_ a divulgar los expedientes, médicos que han obtenido en el transcurso de mi evaluación o tratamiento a: Doctors Hospital at Renaissance; 5501 S. McColl; Edinburg, Texas 78539  
(Nombre y domicilio de la persona u organización a quien se debe hacer la divulgación)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Tipo de Acceso que se pide:  Copias del expediente medico  Revisión del expediente médicos.

**Porción seleccionada de la Información de Salud Protegida**

- |                                                           |                                                     |                                                      |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estudios cardiacos               | <input type="checkbox"/> Expedientes de medicamento | <input type="checkbox"/> Reportes de radiografía     |
| <input type="checkbox"/> Reporte(s) de la consulta        | <input type="checkbox"/> Notas de la enfermera      | <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Sumario de egreso                | <input type="checkbox"/> Reporte de operación       | <input type="checkbox"/> Tipo: _____                 |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma (EKG)         | <input type="checkbox"/> Reporte de patología       | <input type="checkbox"/> Otro: _____                 |
| <input type="checkbox"/> Informe del cuarto de emergencia | <input type="checkbox"/> Ordenes del medico         | Oficina de Pagos y Cobros: _____                     |
| <input type="checkbox"/> Informe del paciente             | <input type="checkbox"/> Notas del progreso         | _____                                                |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input type="checkbox"/> Expedientes psicológicos   | _____                                                |
| <input type="checkbox"/> Reportes del laboratorio         | <input type="checkbox"/> Expedientes psiquiátricos  | _____                                                |

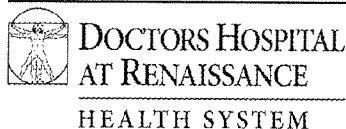
\_\_\_\_ (Iniciales) Yo \_\_\_\_ consiento (o) \_\_\_\_ no consiento a divulgar de la información relacionada a los exámenes o tratamientos psiquiátricos a psicológicos, entrenamiento de retro alimentación biológica, diagnosis de abuso de alcohol y/o drogas, pronóstico y tratamiento y/o examen para VIH (SIDA) y/o resultados, y tal divulgación se limitara a los siguientes tipos específicos de información:

Enumere el (los) propósito para divulgar o dar a conocer la, Información de Salud Protegida:

---

---

---



**AUTORIZACIÓN PARA LA  
DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN DE SALUD  
PROTEGIDA**



**Doctors Hospital at Renaissance**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Este consentimiento se puede revocar cualquier tiempo por escrito por el firmante si es que no se ha tomado alguna acción o si el consentimiento no ha sido revocado antes. Para revocar esta autorización, llame al (956) 362-3448 en el Departamento de Manejo de Información de Salud del Hospital (Expedientes Médicos).

**Fecha de vencimiento:** \_\_\_\_\_ o **Evento de vencimiento:**  **ninguno** o  **define:** \_\_\_\_\_  
Si no indica fecha de vencimiento, este consentimiento no sera valido y se vencerá 180 días después del día que se firma.

Entiendo que al firmar esta autorización doy permiso que la información de Salud Protegida sea expuesta a este hospital y que posiblemente se divulgada de nuevo por la facultad o persona que recibe la información solicitada. Por lo tanto tal información ya no sería protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA. Eximo **Doctors Hospital at Renaissance** de toda y cualquier responsabilidad legal y de cualquier lastimadura que pueda resultar a causa de la divulgación de esta información a la persona ya mencionada. La información que pido se puede enviar por correo y/o fax de acuerdo con la póliza de fax del Hospital.

Yo comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_ Copia de autorización se ha recibido

Entiendo que el hospital Doctors Hospital at Renaissance no condicionara el tratamiento, el pago, la matriculación o la elegibilidad para beneficios, en si firmo esta autorización o no.

He leído lo anterior mencionado o me lo han leído y autorizo que se da a conocer la Información de Salud Protegida así como se estipula.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
(Firma de Paciente/guardián legal o representante)

Si la firma es de alguna otra persona que no sea el paciente, indique el parentesco:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\*El / la representante autorizado/a debe entregar copias del documento legal que le autorizo/a actuar por parte del paciente.

Iniciales del empleado que asistió, con el formulario, de Autorización para la divulgación de información de salud protegida  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Iniciales

Prohibición de re-divulgacion: Esta información se le ha divulgado de archivos cuya confidencialidad se protege por Ley Federal. Se le prohíbe que divulgue esta información sin el consentimiento escrito de la persona a quien le pertenece.

**OFFICE USE ONLY**

Received By: \_\_\_\_\_

Received Date: \_\_\_\_\_

Received Time: \_\_\_\_\_



**DOCTORS HOSPITAL  
AT RENAISSANCE**  
HEALTH SYSTEM

**AUTORIZACIÓN PARA LA  
DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN DE SALUD  
PROTEGIDA**