



# TEXAS ONCOLOGY AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Lea este formulario en su totalidad antes de firmarlo y complete todas las secciones que correspondan a sus decisiones relativas a la divulgación de información de salud protegida.

No se puede negar el tratamiento a una persona por no haber firmado este formulario de autorización. Asimismo, si una persona se niega a firmarlo, no afectará el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir los beneficios.

## NOMBRE DEL PACIENTE O INDIVIDUO

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_  
**CIUDAD** \_\_\_\_\_ **ESTADO** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_

**OTROS NOMBRES QUE UTILICE** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**TELÉFONO** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **TELÉFONO ALT.** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO** (opcional): \_\_\_\_\_

## AUTORIZO A LAS SIGUIENTES PERSONAS A DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DE LA PERSONA:

Nombre de la persona/organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN DE SALUD?

Nombre de la persona/organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN (elija solo una opción)

- Tratamiento/atención médica continua
- Uso personal
- Facturación, reclamaciones o seguros
- Actividades de supervisión de la salud (*complete la página 3*)
- Fines legales (*complete la página 3*)
- Determinación de discapacidades
- Motivos escolares
- Motivos de empleo
- Otros \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## MÉTODO DE ENTREGA Correo electrónico Servicio postal de EE. UU. Impresión para pasar a retirar

## ¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDE DIVULGARSE?

Fecha del servicio: \_\_\_\_\_

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toda la información de salud | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente            | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas diagnósticas | <input type="checkbox"/> Informes de ECG o cardiología |
| <input type="checkbox"/> Órdenes médicas              | <input type="checkbox"/> Resumen del alta                 | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos            | <input type="checkbox"/> Otros                         |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso            | <input type="checkbox"/> Información de facturación       | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología           |  |
| <input type="checkbox"/> Informes patológicos         | <input type="checkbox"/> Medicamentos anteriores/actuales | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio        |  |
| <input type="checkbox"/> Historial/examen físico      | <input type="checkbox"/> Informes de operaciones          | <input type="checkbox"/> Informes de consultas            |  |

Se requieren sus iniciales si desea divulgar alguno de los siguientes datos:

\_\_\_\_\_ Historiales de salud mental (excluidas las notas de psicoterapia) \_\_\_\_\_ Historial de abuso de drogas, alcohol o sustancias

\_\_\_\_\_ Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas) \_\_\_\_\_ Resultados de pruebas o tratamiento del VIH/sida

**PERÍODO DE TIEMPO EN VIGENCIA:** esta autorización es válida hasta la persona muera, la persona alcance la mayoría de edad, se retire el permiso, o hasta la siguiente fecha específica (opcional), lo que ocurra primero: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**DERECHO DE REVOCACIÓN:** comprendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito en el que se indique mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización nombrada en "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN DE SALUD". Comprendo que no se verán afectadas las acciones previas emprendidas en virtud de esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud.

**AUTORIZACIÓN DE FIRMA:** he leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información tal como se describen. Comprendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede ya no estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

**FIRMA X** \_\_\_\_\_

Firma de la persona o de su representante legal

FECHA

**Nombre en letra de impresa del representante legal (si corresponde):**

Si es representante, especifique el parentesco con la persona: \_\_\_\_\_ o Padre o madre del menor \_\_\_\_\_ o Tutor \_\_\_\_\_ o Otro: \_\_\_\_\_

Este formulario está destinado a cumplir los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico y Normas de Privacidad (HIPAA) y la Ley de Privacidad Médica de Texas (Código de Salud y Seguridad de Texas, Capítulo 181).

Las entidades cubiertas, tal y como se define este término en la ley HIPAA y en la Sección 181.001 del Código de Salud y Seguridad de Texas, deben obtener una autorización firmada por la persona o su representante legal para divulgar de manera electrónica la información de salud protegida de dicha persona, en determinadas circunstancias.

La autorización no es necesaria para las divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, la realización de determinadas funciones del seguro o cuando la ley lo autorice de otro modo. (Código de Salud y Seguridad de Texas, Sección 181.154(b), (c), Sección 241.153; Título 45, Secciones 164.502(a)(1); 164.506 y 164.508 del CFR).

La autorización proporcionada mediante el uso del formulario significa que Texas Oncology puede divulgar, comunicar o enviar la información de salud protegida del individuo nombrado a la organización, entidad o persona identificada en el formulario, incluido el uso de cualquier medio electrónico.

---

**Definiciones:** en el formulario, los términos “tratamiento”, “operaciones de atención médica”, “notas de psicoterapia” e “información de salud protegida” son los que se definen en la HIPAA (Título 45, Sección 164.501 del CFR). Cuando se habla de un “representante legal”, tal como se utiliza en el formulario, se incluye a toda persona autorizada a actuar en nombre de otro individuo. (Código de Ocupaciones de Texas, Sección 151.002(6); Código de Salud y Seguridad de Texas, Sección 166.164, 241.151; y Código de Sucesiones de Texas, Sección 3(aa)).

**Nota sobre la divulgación de historiales médicos:** este formulario no es necesario para la divulgación permitida de la información de salud protegida de una persona a la persona o al representante legalmente autorizado de la persona. (Título 45, Secciones 164.502(a)(1)(i) y 164.524 del CFR; Código de Salud y Seguridad de Texas, Sección 181.102). Si solicita una copia del historial médico de la persona con este formulario, las leyes estatales y federales permiten dicho acceso, a menos que el médico o proveedor de salud mental determine que dicho acceso es perjudicial para la salud física, mental o emocional de la persona. (Código de Salud y Seguridad de Texas, Sección 181.102, 611.0045(b); Código de Ocupaciones de Texas, Sección 159.006(a); Título 45, Sección 164.502(a) (1) del CFR).

**Usos prohibidos:** la ley federal prohíbe el uso y la divulgación de información de salud para investigaciones o procedimientos penales, civiles o administrativos por el “mero hecho de” buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva que era legal cuando se proporcionó. Este tipo de información no puede compartirse sin obtener antes la garantía por parte del tercero que la solicita de que no se utilizará para un fin prohibido.

Algunos ejemplos de atención médica reproductiva son los siguientes: control de la natalidad, detección de embarazos, atención prenatal, gestión de abortos espontáneos, interrupción del embarazo y otros tipos de atención, procedimientos, servicios y suministros utilizados para el diagnóstico y tratamiento de afecciones relacionadas con el sistema reproductivo.

Texas Oncology obtendrá una declaración escrita y firmada de cualquier tercero que solicite la información para fines de procedimientos judiciales y administrativos, actividades de supervisión de la salud, el cumplimiento de la ley, actividades de salud pública, de que no se utilizará para un fin prohibido.

**Tasas:** en determinadas circunstancias, puede cobrarse una tasa por recuperación/tramitación y por copias de historiales médicos. (Código de Salud y Seguridad de Texas, Sección 241.154).

**Derecho a recibir una copia:** la persona o su representante legal tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_

Seleccione la finalidad de la información que solicita:

- actividades de supervisión de la salud       procedimientos judiciales y administrativos  
 fines policiales       divulgación de información sobre fallecidos a médicos forenses y médicos legistas

Descripción e intervalo de fechas de los registros solicitados:  
\_\_\_\_\_

Declaro que esta información no está destinada a un fin prohibido en virtud del 45 CFR 164.502(a)(5)(iii).

- a. Esta información **no** está destinada a utilizarse en investigaciones o procedimientos penales, civiles o administrativos por el “mero hecho de” buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva que sea legal en las circunstancias en que se presta. *No se requiere más información. Continúe hasta el final y firme.*
- b. Esta información está destinada a utilizarse en investigaciones o procedimientos penales, civiles o administrativos contra personas por haber obtenido servicios de salud reproductiva que eran ilegales en el momento y en el lugar en que se prestaron. Se adjunta documentación justificativa.

***Se requiere documentación que respalte la determinación de que los servicios en cuestión eran ilegales en el momento y lugar en que se prestaron.***

La documentación justificativa y la totalidad de la solicitud de información están sujetas a revisión por parte de la entidad cubierta.

Declaración: al firmar este formulario, declaro que esta información es verdadera y exacta a mi leal saber y entender, y comprendo que cualquier falsificación, omisión o encubrimiento de hechos materiales puede someterme a responsabilidades administrativas, civiles o penales de conformidad con el Título 42, Sección 1320d-6 del Código de los Estados Unidos.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_