

MARTIN COUNTY HOSPITAL DISTRICT

600 Interstate 20 East/Stanton, Texas 79782

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Lea este formulario en su totalidad antes de firmar, y complete todas las secciones que correspondan a sus decisiones relativas a la divulgación de información médica protegida. Las entidades cubiertas, tal como se definen en la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) y en el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001, deben obtener una autorización firmada de la persona o de su representante legalmente autorizado para divulgar en formato electrónico la información médica protegida de dicha persona. No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con tratamientos, pagos, operaciones de atención médica o ciertas funciones del seguro, o según lo autorice la ley. No se le puede negar el tratamiento a una persona por no haber firmado este formulario de autorización, y la negativa a firmar este formulario no afectará el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios.

Autorizo a Martin County Hospital District a ☐ divulgar ☐ obtener la información médica protegida de la siguiente persona mencionada:

Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento

Teléfono

Dirección completa

Dirección de correo electrónico

Nombre, dirección, correo electrónico o fax de la persona/entidad a quien se enviará la información:

Método de entrega: Fax ☐
Correo electrónico ☐ Correo ☐ Recogida ☐

Relación con la persona que recibe la información:

Autorizo la divulgación de la siguiente información médica protegida: Expediente clínico ☐ Expediente el hospital ☐

Sala de emergencias ☐ Fechas del servicio: _____

☐ Antecedentes y examen físico ☐ Resumen del alta ☐ Informe operativo ☐ Laboratorio ☐ Radiología
☐ Información de facturación ☐ Antecedentes del último año ☐ Expediente completo ☐ Otro: _____

Se requieren sus iniciales para divulgar la siguiente información:

☐ Expedientes de salud mental (sin incluir las notas de psicoterapia) ☐ Información genética (incluidos los resultados de las pruebas)
☐ Registros de consumo excesivo de drogas, alcohol o sustancias ☐ Resultados de pruebas/tratamiento de VIH/SIDA

MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN:

☐ Tratamiento/atención médica continua ☐ Uso personal ☐ Facturación/reclamaciones ☐ Seguro ☐ Legal
☐ Determinación de discapacidad ☐ Empleo/escuela ☐ Otro _____

Entiendo que la persona o la entidad que reciben esta información no son proveedores de atención médica ni planes de salud cubiertos por las reglamentaciones de privacidad federales y que la información descrita anteriormente puede divulgarse nuevamente y ya no estará protegida por dichas reglamentaciones. Entiendo que puedo consultar el Aviso de prácticas de privacidad de Martin County Hospital District para obtener información sobre cómo se usa y divulga mi información médica protegida. Entiendo que, cuando el receptor obtiene mi información médica protegida por vía electrónica, Martin County Hospital District ya no es responsable por las divulgaciones posteriores que se realicen ni por cualquier violación de mi información que se produzca.

DERECHO A REVOCAR: entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a Martin County Hospital District. Entiendo que no se verán afectadas las acciones previas tomadas en virtud de esta autorización por entidades que tuvieron permiso para acceder a mi información médica. A menos que se revoque antes, esta autorización expirará 180 días después de la fecha de la firma o en la siguiente fecha específica (opcional): _____.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE FIRMA: he leído este formulario y acepto los usos y las divulgaciones de la información como se describe anteriormente. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de información médica que haya ocurrido antes de la revocación o que de otra manera esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específicos, lo que incluye las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1).

Firma de la persona o de su representante legalmente autorizado

FECHA

Nombre del representante legalmente autorizado en letra de imprenta (si corresponde)

Relación con el paciente

Para uso del Departamento de HIM (Gestión de Información Médica) correo electrónico a: medrec@martinch.org

DL adjunto ☐		Escaneado en la historia clínica: ☐	
Divulgación procesada por:			

Se proporcionará una copia de este formulario firmado al paciente y/o al representante del paciente. Revisado: 4/2024