

**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: \_\_\_\_\_ Numero social del paciente: \_\_\_\_\_

Numero 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

O

- 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         |  |
| <input type="checkbox"/> Informe del paciente             | <input type="checkbox"/> Notas del progreso         | Oficina de Pagos y Cobros: _____                     |
| <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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**DOCTORS HOSPITAL**  
**AT RENAISSANCE**  
HEALTH SYSTEM

**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 firmo.

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 seria 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 causea 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/guardian legal o representante)*

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

\_\_\_\_\_

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

*\*El / la represetante 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**