



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Adaptado de la oficina del Procurador General de Texas  
Desarrollado por el Código de Salud y Seguridad de Texas §181.154(d)  
En vigencia a partir de junio de 2013

Por favor lea este formulario completamente antes de firmar y complete todas las secciones que se aplican a las decisiones sobre la divulgación de información de salud protegida. Las entidades cubiertas, como están definidas por HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas §181.001, deben obtener una autorización firmada por el individuo o un representante legalmente autorizado por el individuo para divulgar electrónicamente la información de salud protegida de dicho individuo. Las autorizaciones no se requieren para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, realizar determinadas funciones de seguros, o como pueda ser de otra manera autorizada por la ley. Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier otro formulario que cumpla con la ley HIPAA, la Ley de privacidad médica de Texas y otras leyes aplicables. Las personas no pueden ser negadas tratamiento basado en el hecho de no firmar este formulario de autorización, y negarse a firmar no afectará el pago, inscripción o elegibilidad para beneficios.

## NOMBRE DEL PACIENTE O INDIVIDUO

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

OTRO(S) NOMBRE(S) UTILIZADOS: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO (Opcional): \_\_\_\_\_

## AUTORIZO LO SIGUIENTE PARA INFORMAR EL MOTIVO INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:

HSC Health (UNTHSC)  
Attn: Medical Records  
855 Montgomery Street,  
Fort Worth, TX 76107  
Teléfono: 817-735-2185 / Fax: 817-735-7987

## DEL INDIVIDUO PARA LA DIVULGACIÓN

(Elija sólo una opción a continuación)

- \_\_\_\_\_ Atención médica continua/tratamiento
- \_\_\_\_\_ Uso personal
- \_\_\_\_\_ Facturación o reclamos
- \_\_\_\_\_ Seguros
- \_\_\_\_\_ Efectos legales
- \_\_\_\_\_ Determinación de discapacidad
- \_\_\_\_\_ Escuela
- \_\_\_\_\_ Empleo
- \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

## ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN?

Persona/organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nuestro correo electrónico: [medicalrecords@unthsc.edu](mailto:medicalrecords@unthsc.edu)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico (Opcional): \_\_\_\_\_

¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA? Complete lo siguiente indicando los elementos que desea que sean divulgados. La firma de un paciente menor de edad es requerida para la divulgación de algunos de estos artículos. Si toda información de salud va a ser divulgada, entonces marque sólo la primera casilla.

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toda su información de | <input type="checkbox"/> Historial medico/Examen físico | <input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/actuales      | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del médico     | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente          | <input type="checkbox"/> Informes de operaciones            | <input type="checkbox"/> Informes de consultas     |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso      | <input type="checkbox"/> Resumen del alta               | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Informes de               |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología  | <input type="checkbox"/> Información de facturación     | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología e imágenes  | <input type="checkbox"/> Otros                     |

## Se requieren sus iniciales para divulgar la siguiente información:

- \_\_\_\_\_ Registros de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia)
- \_\_\_\_\_ Registros de abuso de drogas, alcohol u otras sustancias

- \_\_\_\_\_ Información genética (incluidos los resultados de las pruebas genéticas)
- \_\_\_\_\_ Tratamientos o resultados de prueba del VIH/SIDA

- **PERÍODO EFECTIVO:** Esta autorización es válida hasta que cualquiera de las siguientes ocurra: (1) la muerte del individuo; (2) el alcance de la mayoría de edad del individuo; (3) el permiso sea retirado, o (4) la siguiente fecha específica: \_\_\_\_\_.
- **DERECHO DE REVOCACIÓN:** Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante una notificación indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización nombrada a continuación "¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN?" Tengo entendido que no se verán afectadas las previas acciones tomadas al amparo de esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud.
- **AUTORIZACIÓN DE FIRMA:** He leído este formulario y estoy de acuerdo a los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de información médica que se haya producido antes de la revocación o si está permitido por la ley sin mi autorización o permiso, incluyendo las divulgaciones a las entidades cubiertas de acuerdo al Código de Salud y Seguridad de Texas §181.154(c) y/o 45 C.F.R. §164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede quedar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y, en ese caso, ya no estará protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

(Firma del individuo o persona legalmente autorizada como representante del individuo)

NOMBRE EN LETRA IMPRENTA DE LA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA COMO REPRESENTANTE (si aplica): \_\_\_\_\_

Si es el representante, especifique la relación con el individuo: \_\_\_\_\_ el padre/la madre del menor / \_\_\_\_\_ Guardian / \_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_

- La firma de una persona menor de edad es necesaria para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo (por ejemplo) la publicación de información relacionada con ciertos tipos de tratamiento reproductivo, enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas/alcohol/sustancias y tratamientos de salud mental. (Vea el Código de la Familia de Texas §32.003).

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Firma del individuo menor de edad

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**  
**Desarrollado por el Código de Salud y Seguridad de Texas §181.154(d)**  
**En vigencia a partir de junio de 2013**

El Procurador General de Texas ha adoptado una autorización estándar para divulgar información de salud protegida según el Código de Salud y Seguridad de Texas §181.154(d). Este formulario está destinado a cumplir con los requisitos de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y la Ley de privacidad médica de Texas (Código de Salud y Seguridad de Texas, capítulo 181). **Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier otro formulario que cumpla con la ley HIPAA, la Ley de privacidad médica de Texas y otras leyes aplicables.**

Las entidades cubiertas, como están definidas por HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas §181.001, debe obtener una autorización firmada por el individuo o un representante legalmente autorizado por el individuo para divulgar electrónicamente la información de salud protegida de dicho individuo. La autorización no se requiere para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, para realizar determinadas funciones de seguros, o como pueda ser de otra manera autorizada por la ley. (Código de Salud y Seguridad de Texas §181.154(b),(c), §241.153; 45 C.F.R. §164.502(a)(1); §164.506; y §164.508).

La autorización proporcionada por el uso del formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar, comunicar o enviar información protegida de salud de la persona nombrada para la organización, entidad o persona identificada en el formulario, incluyendo cualquier medio electrónico.

**Definiciones:** En el formulario, los términos "tratamiento", "operaciones de atención médica", "notas de psicoterapia" e "información de salud, protegida" se presentan como están definidos en la ley HIPAA (45 C.F.R. §164.501). "Representante legalmente autorizado" como se utiliza en el formulario incluye a cualquier persona autorizada para actuar en nombre de otra persona. (Código Laboral de Texas §151.002(6); Código de Salud y Seguridad §166.164, §241.151; y Código Testamentario de Texas §3(aa)).

**Información de salud a ser divulgada:** Si se selecciona "Toda su información de salud" para divulgarla, la información de salud incluye, pero no se limita a, todos los registros y otra información sobre la historia médica, tratamiento, hospitalización, exámenes y atención ambulatoria de salud así como también los registros educativos que pueden contener información de salud. Como se indica en el formulario, es necesario tener una autorización específica para la divulgación de información acerca de ciertas condiciones sensibles, incluyendo:

- Registros de salud mental (excluyendo "notas de psicoterapia" como se define en la HIPAA 45 C.F.R. §164.501)
- Registros de abuso de drogas, alcohol u otras sustancias
- Registros o pruebas sobre el VIH/SIDA.
- Enfermedades genéticas (heredadas) o pruebas (excepto como puede prohibirse por la 45 C.F.R. §164.502).

**Nota sobre la divulgación de los registros de salud:** Este formulario no es necesario para las divulgaciones permitidas de información protegida de salud de un individuo al mismo o al representante legalmente autorizado. (45 C.F.R. §164.501(a)(1)(i), 164.524; Código de Salud y Seguridad de Texas §181.02). Si solicita una copia de los registros de salud del individuo con este formulario, la ley estatal y federal permite tal acceso, a menos que dicho acceso sea determinado por el médico o proveedor de salud mental como perjudicial para la salud física, mental o emocional de la persona. (Código de Salud y Seguridad de Texas §181.02, 611.0045(b); Código Laboral de Texas §159.006(a); 45 C.F.R. §164.502(a)(1)). Si un proveedor de atención médica se especifica en la sección "¿Quién puede recibir y utilizar la información de salud?" de este formulario, entonces el permiso para recibir información de salud protegida también incluye a médicos, otros proveedores de atención médica (por ejemplo, enfermeras y personal médico) que participan en la atención médica del individuo en instalaciones de esa entidad o la oficina de esa persona y los proveedores de salud que cubren o están de turno para la persona u organización especificada y miembros o agentes del personal (como socios de negocios o las organizaciones de servicios calificadas) que llevan a cabo las actividades y propósitos permitidos por la ley para la entidad o persona específica cubierta. Si una entidad cubierta que no sea un proveedor de atención médica se especifica, el permiso para recibir información de salud protegida también incluye al personal o agentes de esa organización y subcontratistas que llevan a cabo las actividades y propósitos permitidos para esa organización por este formulario. Las personas pueden tener derecho a restringir ciertas divulgaciones de información protegida de salud relacionadas a servicios pagados en su totalidad por la misma (45 C.F.R. §164.522(a)(1)(vi)).

**Autorizaciones para fines de ventas o mercadotecnia:** Si esta autorización se realiza con fines de ventas o mercadotecnia y la entidad cubierta recibirá una remuneración directa o indirecta de un tercero en relación con el uso o divulgación de información del individuo con fines de mercadotecnia, la autorización debe indicar claramente a la persona que dicha remuneración está implicado (Código de Salud y Seguridad de Texas §181.152, §181.153; 45 C.F.R. §164.508(a)(3), §164.508(a)(4)).

**Limitaciones de este formulario:** No se utilizará este formulario de autorización para la divulgación de cualquier información de salud si se relaciona con: (1) inscripción y/o determinaciones relacionadas a la inscripción de planes de beneficios de salud (45 C.F.R. §164.508(b)(4)(ii), §164.508(c)(2)(ii); (2) notas de psicoterapia (45 C.F.R. §164.508(b)(3)(ii); o para propósitos de investigación (45 C.F.R. §164.508(b)(3)(i)).

**El uso de este formulario no exime a ninguna entidad de cumplir con las leyes federales o estatales o reglamentos relacionados con el acceso, uso o divulgación de información médica u otra información personal sensible (por ejemplo, 42 C.F.R. Parte 2, que restringe el uso de información pertinente al abuso y tratamiento de drogas/alcohol), y no concede a una entidad o sus empleados, agentes o personas designadas cualquier restricción de responsabilidad por actos u omisiones en conexión con el acceso, uso o divulgación de la información de salud obtenida a través del uso de este formulario.**

**CARGOS:** Algunas entidades cubiertas pueden cobrar una cuota de recuperación/procesamiento y para obtener copias de registros médicos (Código de Salud y Seguridad de Texas §241.154).

**DERECHO A RECIBIR UNA COPIA:** El individuo y/o representante legalmente autorizado del individuo tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.