Department of Medical Records
4801 Alberta Ave Ste. D-17
MSC 21010
El Paso, TX 79905
915-215-4482
915-215-8614 (fax)

TEXAS TECH UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES CENTER.
EL PASO

Autorización para Liberar y Divulgar Información del Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE TTUHSC El Paso MRN:_____	Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Código Postal: _____ Teléfono: _____
DESTINATARIO ☐ **Envié** la información a: ☐ **Recibí** la información de:	Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Código Postal: _____ Teléfono: _____ Numero de Fax: _____
INFORMACIÓN QUE SE LIBERARÁ (¿Qué es lo que desea enviar o liberar? Marque la casilla correspondiente.)	☐ Todos y cada uno de los registros (expediente médico completo) **Únicamente la información seleccionada a continuación debe ser liberada:** ☐ Notas de progreso/notas clínicas ☐ Citas Programadas ☐ Resultados de laboratorio ☐ Otra razón (especifique) _____ ☐ Historial de vacunación ☐ Historial de facturación (fechas)_____ ☐ Historial de medicamentos ☐ Expediente de rutina (fechas de servicio) _____ (visita al consultorio, laboratorio, radiología, medicamentos, vacunas) **Acepto que la siguiente información sea divulgada/utilizada según se indica:** 1. Resultados de pruebas de SIDA/VIH, diagnósticos, tratamiento, e información relacionada Si ____No ____ 2. Resultado de pruebas de antidoping e información acerca del uso y/o tratamiento Relacionado al uso de drogas y alcohol Si ____No ____ 3. Información de su estado mental Si ____No ____ 4. Pruebas genéticas Si ____No ____
INSTRUCCIONES DE LIBERACIÓN (¿En qué formato desea la información?)	☐ Papel ☐ Formato Electrónico (CD)
PROPOSITO DE LA LIBERACIÓN (¿Por qué es necesario?)	☐ Continuación de cuidado por otro proveedor de servicios médicos ☐ Discapacidad ☐ Escuela ☐ Compañía de seguro médico ☐ Revisión personal ☐ Abogado ☐ Otra razón (especifique): _____
NOTIFICACION AL DESTINATARIO DE ESTA INFORMACIÓN	El uso de la información que se le proporciona en esta autorización se limita sólo a la finalidad indicada. Se prohíbe utilizar la información que se divulga en este formulario para cualquier otra finalidad sin previo consentimiento del paciente. Esta información puede estar protegida por reglamentos federales y éstos prohíben que la información se divulgue a terceras personas sin previo consentimiento de la persona cuyo nombre aparece en esta autorización a menos que se divulgue según lo permite 42 CFR Parte 2.

- Esta autorización es voluntaria y puedo rehusarme a firmarla. La decisión de no firmar esta autorización no afectara mi tratamiento médico o pago por los servicios recibidos.
- Si yo deseo revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito a Texas Tech University Health Sciences Center El Paso (o la institución que lo divulgue.) La información puede ser divulgada hasta la fecha en que se reciba mi petición de cancelación por escrito.
- **Esta autorización expira a los 180 días de la fecha en que se firme, de la fecha que se indica, o en caso/evento de: (especifique): _____**
- Se puede encontrar información adicional en el folleto de Aviso de Normas de la Privacidad de TTUHSC EP.
- Si los servicios de atención médica se proveen a petición de y son pagados por mi empleador (o empleador potencial), yo entiendo y acepto que todo documento e información relacionada con estos servicios pueden darse directamente a mi empleador, y si deseo obtener dicha información, debo ponerme en contacto con mi empleador o empleador potencial.
  EXONERACIÓN DE TODA RESPONSABILIDAD: Acepto liberar a las clínicas de TTUHSC EP (o cualquier otra institución que divulgue esta información) sus agentes, representantes, y empleados de toda responsabilidad asociada a la divulgación de información confidencial médica en conformidad con esta autorización. Yo entiendo que la clínica de TTUHSC EP (o cualquier otra institución) no son responsables del uso o divulgación a terceras partes.

Department of Medical Records
4801 Alberta Ave Ste. D-17
MSC 21010
El Paso, TX 79905
915-215-4482
915-215-8614 (fax)

TEXAS TECH UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES CENTER.
EL PASO

Certifico que se me ha explicado detalladamente este formulario, que lo he leído o me lo han leído* y comprendo su contenido.

Fecha	Nombre Impreso	Firma del paciente o firma legal autorizada
Hora	Testigo/Traductor*	Parentesco con el paciente