

# AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de mi información personal de salud (PHI) a las personas o entidades que se describen a continuación. Comprendo que esta autorización es voluntaria y para confirmar mis instrucciones. Entiendo que una vez que la información sea divulgada, se puede volver a conocer y ya no estar protegida por normas federales de privacidad a menos que la información se divulgue a otra entidad que cae bajo normativas de la HIPAA. Por medio de la presente doy permiso para North Texas Ob-Gyn Asociados para revelar mi PIS en la forma descrita en el presente documento.

En orden de comunicarnos con usted de la mejor manera posible por razones como, pero no limitado a resultados de laboratorios, seguimiento médico, información de seguro, estimado por costo de citas próximas, balances pendientes. Necesitamos saber su preferencia. Puede marcar la casilla que aplique. Tomar en cuenta que necesitaremos dejar corta pero detallada información.

Portal     
  Correo electrónico     
  Celular     
  Teléfono de casa

<b>PHI PUEDE SER REVELADA A:</b>	
Persona:	NO de teléfono:
Dirección:	
<hr/>	
Persona:	NO de teléfono:
Dirección:	
<hr/>	
Por favor, indique su médico de Atención Primaria (PCP) y/o de cualquier otro doctor que usted quisiera tener información para:	
Servicio médico:	NO de teléfono:
Dirección	Fax #:
<hr/>	
Servicio médico:	NO de teléfono:
Dirección	Fax #:
<hr/>	

**Derecho a revocar:** comprendo que puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Yo entiendo mi revocación NO afectará a las divulgaciones que ocurrieron antes del Norte de Texas Ob-Gyn asociados reciben y procesan una notificación escrita de revocación. Entiendo que esta autorización caducará un año a partir de la fecha de la firma a continuación. Para revocar esta autorización, entiendo que tengo que enviar una solicitud por escrito al Norte de Texas Ob-Gyn Asociados, ATTN: Privacy Officer, 328 W. Main, Lewisville, TX 75057.

**PRIVACIDAD (HIPAA):** Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar información médica protegida (PHI) sobre usted. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, usted puede obtener una copia revisada de nuestro sitio web o contactando con nuestra oficina. Usted tiene el derecho de solicitar que nos restringen la PHI acerca de usted es utilizada o divulgada para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, vamos a cumplir con ese acuerdo. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para el uso y divulgación de su PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho a revocar el consentimiento por escrito, firmada por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará a ninguna revelación que ya hayamos hecho en dependencia de su consentimiento previo. Del Norte de Texas Ob-Gyn Asociados ofrece este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA). El paciente entiende que:

- Su PHI puede ser divulgada o utilizada para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud.
- North Texas Ob-Gyn Asociados tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso.
- North Texas Ob-Gyn Asociados se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene el derecho de solicitar restricciones a los usos de su información, pero Ob-Gyn Asociados del Norte de Texas no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y declaraciones completas dejan.
- North Texas Ob-Gyn Asociados pueden recibir tratamiento condición con la ejecución de este Acuerdo

**RECONOCIMIENTO**

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de la presente autorización y me confirman que los contenidos están en consonancia con mi dirección para Norte de Texas Ob-Gyn guardamos información asociados a liberar su PHI.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha