|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ou-logo | **Universidad de Oklahoma** |  |
|  |  |
| **Autorización para la Divulgación Verbal de Información Protegida de Salud a Terceros****Authorization to Release Protected Health Information Verbally to Others** |
| Apellido: |  | Nombre: |  | Segundo Nombre: |  |
| Otros Nombres Usados: |  | Fecha de Nacimiento: |  |
| Dirección: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
| Teléfono Particular: | ( )       |  Teléfono Alternativo:  | ( )       |  Teléfono Móvil: | ( )       |
| Si se encuentra actualmente inscripto en la Universidad de Oklahoma indique la fecha de inscripción desde:  |       | hasta |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Yo, |  | autorizo a: |       |
|  Nombre del Médico, Profesional y/o Clínica/Departamento |
| a divulgar  **verbalmente** la información relacionada con los horarios o las citas y mi información de salud protegida desde (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mantenida o creada por el profesional nombrado anteriormente al Destinatario nombrado a continuación.  |

|  |
| --- |
|  |
| **Autorizo la Divulgación Verbal de la Información Antes Citada a:**  |
| Nombre del Destinatario:       | Nombre del Destinatario:       |
| Relación con el Paciente:        | Relación con el Paciente:       |
| Dirección:       | Dirección:       |
| Ciudad:       | Estado:      | Código Postal:      | Ciudad:       | Estado:  | Código Postal:      |
| Fax:       | Teléfono:      | Fax:       | Teléfono:      |
| Excepciones: | Excepciones: |
|  |
| La presente autorización a divulgar mi Información Protegida de Salud **verbalmente**  aplica a los debates sobre la información relacionada con mi:  |
| [ ]  Expediente Médico Completo\* (No incluye los Registros/Información de Facturación y las Notas de Psicoterapia) | O solamente la información de las siguientes secciones de mi expediente:  |
|  | [ ]  Registros de Facturación |
|  | [ ]  Historial de Rayos-X |
| [ ] Registros de Salud Completos y los Registros de Facturación/Notas\*  (No incluye las Notas de Psicoterapia\*) | [ ]  Información de Vacunaciones |
|  | [ ]  Informes de Alta Médica |
|  | [ ]  Notas de Progreso Recientes |
| [ ]  Notas de Psicoterapia\* (si selecciona esta opción, no podrá seleccionar ninguna otra casilla. Deberá completar una copia del formulario por separado para obtener registros adicionales). | [ ]  Informes Patológicos/ de Laboratorio |
|  | [ ]  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Propósito de la Solicitud: [ ]  solicitud del paciente/ de los padres/ del representante legal autorizado\*\*  [ ]  controversia [ ]  derivación [ ]  asunto legal [ ]  otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Entiendo que:** |
| * Podré revocar la presente Autorización en cualquier momento mediante notificación cursada por escrito ante el Funcionario de Privacidad de los Servicios de Salud de la Universidad de Oklahoma (*Oklahoma University Privacy Official Health Sciences Center*), P.O. Box 26901, Oklahoma City, OK 473126-0901. La revocación no aplica a la información que ya haya sido retenida, utilizada o divulgada como consecuencia de esta Autorización. La validez de la presente autorización caduca automáticamente transcurridos los doce (12) meses contados a partir de la fecha en que se firmó la Autorización, salvo previa revocación.
 |
| * A menos que el propósito de esta Autorización sea determinar pagos de reclamos o de beneficios, la firma de la presente Autorización no autoriza a la UO a condicionar la prestación de ningún tratamiento o el pago de mis servicios médicos.
 |
| * Para los que no son estudiantes, el destinatario de la información solicitada en virtud de la presente Autorización podrá volver a utilizar/divulgar la información a terceros y, en consecuencia, ya no estará protegida por las normas federales de privacidad. Los registros médicos/académicos del estudiante podrán mantener la protección de privacidad de acuerdo con la norma 34 CFR Sección 99 (FERPA).
 |
| * **LA INFORMACIÓN AUTORIZADA PARA SER DIVULGADA PUEDE CONTENER INFORMACIÓN MÉDICA QUE INDIQUE LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES O NO TRANSMISIBLES.**
 |
| * \*La información autorizada para ser divulgada verbalmente podrá incluir información relacionada con la salud mental. La divulgación de los historiales de salud mental o las notas de psicoterapia requieren el consentimiento del proveedor médico o una orden judicial.
 |
| * La información autorizada para ser divulgada verbalmente puede incluir información sobre el tratamiento por el abuso de drogas/alcohol. Este tipo de información de salud/registros médicos está protegida por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Sección 2). Las normas federales prohíben que quien reciba esta información o registro pueda hacerla pública salvo previa autorización por escrito de la persona a la que pertenece dicha información o en virtud del art. 42 CFR Sección 2. A tales efectos, resulta insuficiente una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo. Las normas federales restringen el uso de la información provista para investigar o procesar penalmente a los pacientes por abuso de drogas o alcohol. Por tanto, al firmar el presente documento, autorizo en forma explícita la divulgación de la información incluida en mi historial médico.
 |
|  |
|  |  |  |  |  |
| **Firma del Paciente, Padre, o Representante Legal Autorizado\*\*** |  | **Relación con el Paciente** |  | **Fecha** |

**\*\* Se podrá solicitar documentación que lo acredite como representante legal.**