|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.**