|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ou-logo | | | **Universidad de Oklahoma** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Autorización para la Divulgación de Información de Salud/ Registros de Tratamiento Médico**  **Authorization to Release Health Information/Treatment Records** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido del Paciente: | |  | | | | | | | Nombre: | | | | | |  | | | | | | Segundo Nombre: | | | | | |  | | | | |
| Otros Nombres Usados: | | | | |  | | | | Fecha de Nacimiento: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | | | | Ciudad: | | | | | |  | | | | | Estado: | | |  | | | | | | C. P. : | |  |
| Teléfono Particular: | | | | (     ) | | | Teléfono Alternativo: | | | | | | (     ) | | | | | | | Teléfono Móvil: | | | | | | (     ) | | | | | |
| Si se encuentra inscripto en la UO, indique las fechas de inscripción: desde | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | hasta |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Yo, el que suscribe, solicito que al Destinatario se le otorgue acceso a la información confidencial de salud de mi expediente médico desde (fecha) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** hasta (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ creada o guardada por el Proveedor, cuyos datos se detallan a continuación. * Coloque sus iniciales, si sus registros también pueden divulgarse **verbalmente** al siguiente destinatario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expediente Médico Completo\*  (No incluye los Registros/Información de Facturación y las Notas de Psicoterapia) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | O solo informes parciales de la siguiente información de mi expediente: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | Historial de Rayos-X/Radiografías | | | | | | | | | | | | | | |
| Registros de Salud Completos y los Registros de Facturación/Notas\*  (Excluye las Notas de Psicoterapia\*) | | | | | | | | | | | | | | | | | Historial de Vacunación | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | Informes de Alta Médica | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | Medicamentos | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | Registros de Facturación | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| La información autorizada para ser divulgada puede 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 de una orden judicial. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Sírvase Divulgar los Datos del Prestador:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | ***Entregue los Registros al Destinatario:*** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | | | | | | | | | | | Nombre: | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | | | | | | | | | | Dirección: | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: | | | | | | Estado: | | C. Postal: | | | | | | | | | Ciudad: | | | | | Estado: | | | | | | | | Código Postal: | |
| Fax: | | | | | | Teléfono: | | | | | | | | | | | Fax: | | | | | Teléfono: | | | | | | | | | |
| Propósito de la Solicitud: solicitud del paciente,   controversia  derivación  asunto legal  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Entiendo que:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento presentando una revocación por escrito dirigida a la dirección que aparece en la parte superior del presente formulario. La revocación no se aplicará 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * La información utilizada o divulgada en virtud de la presente Autorización podrá volver a ser divulgada por el Destinatario y por tanto no estará protegida por las normas de privacidad federales. 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 podrá incluir informes 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Acepto que los costos de la solicitud de información son los siguientes y son **pagaderos a la University of Oklahoma antes** de la entrega de los registros solicitados:   - Formato en Papel – 50 centavos por página, más gastos de envío.  - Formato Digital– 30 centavos por página, más del costo del medio digital (disco, memoria flash, etc.), más gastos de envío.  - Radiografías/Rayos X - $5 por Radiografía/Rayos X, más gastos de envío.  - Puede cobrarse un costo para las solicitudes de registro inusuales o poco frecuentes.  (Se cobra un cargo de $10 para las certificaciones o documentación similar). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuando así lo indiquen, recogeré las copias de mi documentación en persona. | | | | | | | | | | | | | | | | Enviar por correo las copias de mi documentación a la persona indicada a continuación | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enviar mi documentación por fax a: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | Otro formato (si se encuentra disponible): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| **Firma del Paciente, Padre, o Representante Legal Autorizado \*\*** | | | | | | | | | | | |  | **Relación con el Paciente** | | | | | | | | | | |  | | | **Fecha** | | | | |

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

University of Oklahoma Health Sciences Center, University Privacy Official, P. O. Box 26901, Oklahoma City, OK 73129