



# AUTHORIZACION DEL PACIENTE PARA REVELAR INFORMACION MEDICA

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

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

Yo autorizo **AUSTIN CANCER CENTER** a revelar a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Método de Revelación:**  Correo  Recoger  Portal  Fax  Email \_\_\_\_\_

**Propósito de Revelación:**  Continuidad de la Atención  Seguro  Personal  Legal  Otro \_\_\_\_\_

**Fechas de Tratamiento:** Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

**Reportes específicos para revelación:**

- Historia y Física
- Notas de Progreso/Seguimiento
- Resumen de Alta
- Abstracto (notas del medico, laboratorios más reciente, toda la patología)
- Otra (especificar): \_\_\_\_\_
- Reportes de Laboratorio
- Reportes de Radiografía
- Reportes de Patología
- Reportes de Operativo/Quirúrgico
- Reportes de Consultación
- Expedientes de otras facilidades

Yo autorizo específicamente para revelar la siguiente información así como los documentos que contienen la referencia a:

- Resultados con respecto a pruebas de HIV
- Tratamientos con respecto al abuso del alcohol y drogas mental
- Cualquier documentación con respecto al diagnostic de SIDA
- Expedientes con respecto a tratamientos psiquiátricos/salud mental

Yo entiendo lo siguiente:

Yo podré retirar o revocar mi permiso a cualquier momento. Si revoco mi permiso, mi información ya no podrá ser utilizada o revelada por razones cubiertas en esta autorización. Sin embargo, cualquier revelación que se ha hecho con mi permiso no podrá ser regresada. Yo podré revocar esta autorización solo con notificar al Austin Cancer Center por escrito.

Solo en caso de ser revocada antes, o por otras razones mencionadas abajo, esta autorización se vencerá dentro de un año del día que se firmo.

Yo podré revisar y obtener una copia de la información que será revelada antes que firme ésta autorización.

Mi tratamiento no será basado en completar esta forma de autorización.

La información que será revelada por esta autorización podrá ser revelada nuevamente por la persona e organización que la recibe y no podrá ser protegida por los reglamentos de privacidad de Texas o Federales.

Esta autorización se vence dentro de un año, solo que yo especifique otro día: \_\_\_\_\_

Yo quito cualquier responsabilidad legal al individuo o organización nombrada en esta autorización por la revelación del expediente autorizado en esta forma. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria, y yo puedo rechazar firmarla. Me darán una copia de esta autorización firmada. Una fotocopia de ésta autorización es tan válida como la original.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciento (o Representativo del Paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciento (o Representativo del Paciente) mano escrito

\_\_\_\_\_  
Autoridad del Representativo Para Actuar de Parte del Paciente