

Por la presente autorizo a:

Nombre de la persona/organización		Número de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de fax

a divulgar mi información médica identificable individualmente tal como se describe a continuación. Comprendo lo siguiente:

- Esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar este documento.
- Si no firmo este formulario, mi atención médica y el pago por dicha atención médica no se verán afectados.
- Si el destinatario de esta información no es una entidad a la que se aplique la ley de confidencialidad federal o estatal, la información podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la persona/organización divulgante mencionada anteriormente. Esta revocación debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la fecha de esta autorización. La revocación no afectará a cualquier acción tomada antes de recibir la revocación por escrito.
- Que dicha autorización vencerá al cabo de 180 días o en la fecha o el evento que se especifica aquí: _____

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	N.º de cuenta	N.º de exp. méd.
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Correo electrónico		

La información se le divulgará A:

Nombre de la persona/organización: Baylor Scott & White Health		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de fax	Correo electrónico		

Objetivo: atención continua
Método de entrega: Por fax al proveedor/centro de atención médica Por correo postal Por correo electrónico
 Otro _____

Divulgue la siguiente información para las fechas de tratamiento: de _____ hasta _____

Incluya esta información, si corresponde: _____ Consumo de alcohol/drogas _____ Genética _____ VIH/SIDA _____ Salud mental
INICIALES DEL PACIENTE INICIALES DEL PACIENTE INICIALES DEL PACIENTE INICIALES DEL PACIENTE

- Resumen únicamente (notas clínicas, antecedentes y exámenes físicos, informes de procedimientos, patología, consultas, resultados de pruebas, resumen de alta)
- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Notas clínicas | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Servicio de urgencias | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Medicamentos | (solo en CD) |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa | <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Notas de la evolución | |
- Otro: _____

Al escribir mi nombre a continuación, certifico que puede utilizarse esta información para procesar mi solicitud de Autorización de divulgación de información. Lo considero mi firma electrónica de esta solicitud.

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

Nombre del paciente o del representante legal, en letra de imprenta

Relación con el paciente

Autoridad del representante para actuar a nombre del paciente (adjuntar la documentación acreditativa) Authorization to Release Protected Health Information

Scan doc type:

BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH


BSWH-59809SP (Rev. 03/24)

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION
 (TO BSWH)**