

AUSTIN CANCER CENTERS

Experienced specialists. Advanced treatment. The standard for compassionate care.

GEORGETOWN CANCER CENTER

AUTHORIZACION DEL PACIENTE PARA REVELAR INFORMACION MEDICA

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de correo: _____

Teléfono: _____ MRN: _____

Yo autorizo **AUSTIN CANCER CENTERS** a revelar a: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Método de Revelación: Correo Recoger Verbal Fax

Propósito de Revelación: Continuidad de la Atención Seguro Personal Legal Otro _____

Fechas de Tratamiento: Desde: _____ Hasta: _____

Reportes específicos para revelación:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historia y Física | <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Reportes de Operativo/Quirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso/Seguimiento | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiografía | <input type="checkbox"/> Reportes de Consultación |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Reportes de Patología | <input type="checkbox"/> Expedientes de otras facilidades |
| <input type="checkbox"/> Abstracto (notas del medico, laboratorios más reciente, toda la patología) | | |
| <input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____ | | |

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resultados con respecto a pruebas de HIV | <input type="checkbox"/> Cualquier documentación con respecto al diagnóstico de SIDA |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos con respecto al abuso del alcohol y drogas | <input type="checkbox"/> 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 Centers 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 Paciente (o Representativo del Paciente)

Fecha

Nombre del Paciente (o Representativo del Paciente) mano escrito

Autoridad del Representativo Para Actuar de Parte del Paciente