



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

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

- Resultados con respecto a pruebas de HIV Cualquier documentación con respecto al diagnostic de SIDA
- Tratamientos con respecto al abuso del alcohol y drogas 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