|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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