|  |  |
| --- | --- |
| ou-logo | **Universidad de Oklahoma**Ingrese Aquí Nombre de la Entidad |

**Autorización para Divulgar Verbalmente Información Protegida de Salud**

**Authorization to Verbally Release Protected Health Information**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido: |  | Nombre: |  | Segundo Nombre: |  |
| Otros Nombres Usados: |  | Fecha de Nacimiento: |  |
| Dirección: |       Ciudad: Estado: |
| Teléfono de la Casa: | (     )       | Teléfono del Trabajo: | (     )       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Yo, |  | doy mi permiso a: |
|  |
| Nombre del Médico, Profesional o Clínica/Departamento  |

a divulgar verbalmente la información relacionada con horarios/citas y mi información protegida de salud (o, si soy estudiante, mi expediente de tratamiento/educación) de (fecha) \_\_\_\_\_\_\_ a (fecha) \_\_\_\_\_\_\_ mantenido o creado por el profesional nombrado a continuación al receptor nombrado a continuación. (Si se aplica, las fechas de inscripción del estudiante son \_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_.)

Esta autorización se aplica a\_\_\_\_\_ mi historial médico completo O\_\_\_\_\_ mis notas de psicoterapia O \_\_\_\_\_ solo esta información:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Divulgar verbalmente a:

Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Excepciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Excepciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Comprendo que:**

Podré revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una revocación por escrito. La revocación no se aplicará a la información que ya esté retenida, usada o divulgada en respuesta a esta autorización. La Autorización expirará automáticamente a los 12 meses desde la fecha en que se firmó esta Autorización, a no ser que haya sido revocada con anterioridad.

* A menos que el propósito de esta autorización sea determinar pagos de reclamaciones o de beneficios, la firma de este documento de Autorización no podrá condicionar la prestación de tratamiento o el pago de mi cuidado médico
* La información utilizada o divulgada en esta Autorización podrá volver a ser divulgada por el destinatario y por tanto no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Los historiales médicos y académicos de los estudiantes podrán mantener la protección de privacidad de acuerdo con la regulación 34 CFR Sección 99.
* **LA INFORMACIÓN AUTORIZADA PARA SER DIVULGADA O HECHA PÚBLICA PODRÁ INCLUIR INFORMACIÓN MÉDICA QUE INDIQUE LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES O NO TRANSMISIBLES.**
* La información autorizada para ser divulgada verbalmente podrá incluir información de salud protegida o registros de educación / tratamiento del estudiante relacionados con la salud mental o notas de psicoterapia. La divulgación de los historiales de salud mental o las notas de psicoterapia requieren el consentimiento del proveedor del tratamiento o una orden judicial.
* La información autorizada para ser divulgada verbalmente podrá incluir también información sobre el tratamiento por el abuso de drogas/alcohol. Esta categoría de información/historial médico está protegida por las normas de confidencialidad federales [42 CFR Sección 2]. Las normas federales prohíben que quien reciba esta información o historial pueda hacerla pública a menos que se permita expresamente por una autorización escrita de la persona a la que pertenece dicha información o porque lo permita el art. 42 CFR Sección 2. No es suficiente una autorización general para hacer pública la información médica o cualquier otra información. Las normas federales restringen cualquier uso de información para investigaciones criminales o para procesar a los pacientes por el abuso de drogas o alcohol. Por tanto, con mi firma, autorizo específicamente poder hacer público cualquier registro incluido en mi historial médico.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Firma del Paciente, Padre o Representante Legal Autorizado | **\*** Relación con el Paciente |  Fecha |

**\*** Se puede solicitar para mostrar prueba de la Representación