

Ascension Seton

Austin, Texas 78723

PATIENT LABEL

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION)

Propósito de la Solicitud: Marque solo una Casilla por Solicitud

- Divulgación de Registros Impresa en Papel
 Divulgación de Registros por Medios Electrónicos
(ver instrucciones adicional)

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento:	SS #:	No. de Teléfono: ()
---------------------	----------------------	-------	------------------------------

Dirección Postal Actual:

Envíe su solicitud por correo o preséntela en persona en el lugar que corresponda.

Por este medio autorizo a Ascension Seton a divulgar mis expedientes a los siguientes centros:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dell Children's Medical Center
4900 Mueller Blvd
Austin, TX 78723 | <input type="checkbox"/> Ascension Seton Edgar B. Davis
130 Hays Street
Luling, TX 78648 | <input type="checkbox"/> Ascension Seton Highland Lakes
P.O. Box 1219
Burnet, TX 78611 | <input type="checkbox"/> Dell Seton Medical Center at
The University of Texas
1500 Red River Street
Austin, TX 78701 |
| <input type="checkbox"/> Ascension Seton Medical Center Austin
1201 West 38th
Austin, TX 78705 | <input type="checkbox"/> Ascension Seton Hays
6001 Kyle Parkway
Kyle, TX 78640 | <input type="checkbox"/> Ascension Seton Williamson
201 Seton Parkway
Round Rock, TX 78665 | <input type="checkbox"/> Ascension Seton Smithville
800 TX-71
Smithville, TX 78957 |
| <input type="checkbox"/> Ascension Seton Northwest
11113 Research Blvd
Austin, TX 78759 | <input type="checkbox"/> Ascension Seton Southwest
7900 FM 1826
Austin, TX 78737 | | |

Divulgar a: Proporcione el nombre y el destino de la persona/organización para la cual se hace esta divulgación.

Nombre: _____

Dirección (incluyen la ciudad, estado y código postal): _____

Dirección de Correo (electrónico): _____

Número de Teléfono: _____

Rango de fechas de servicio que se divulgarán (**requisito**): _____

Para los siguientes propósitos: Atención Médica Legal Seguros Personal Discapacido VA

Ciertas partes de la Protected Health Information (Información Médica Protegida) que se divulgará podrían contener información relacionada con enfermedades transmisibles como el Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH") y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA"), enfermedades mentales (excepto anotaciones de psicoterapia), dependencia de sustancias químicas o del alcohol, resultados de pruebas de laboratorio, historia médica, tratamiento u otro tipo de información relacionada. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Además, entiendo que mi atención médica y el pago de mi salud médica no se verán afectados si no firmo este formulario. Entiendo que si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, por una compañía de seguros o un proveedor de atención médica, es posible que la información que se divulgue ya no esté protegida por las normas de privacidad federales y estatales.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abstracto/Resumen | <input type="checkbox"/> Informes Radiológicos | <input type="checkbox"/> Hoja de Portada |
| <input type="checkbox"/> Resumen del Alta | <input type="checkbox"/> Placas de Radiología | <input type="checkbox"/> Informe de Consultas |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y Examen Físico | (Sólo Disponible Departamento de
Diagnostico por Imágenes) | <input type="checkbox"/> Sala de Emergencias |
| <input type="checkbox"/> Informes de diagnostico
(ej: Electrocardiograma,
Electroencefalograma, Estudios del Sueño) | <input type="checkbox"/> Expediente Completo | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de Cirugía/Procedimientos | <input type="checkbox"/> Informes del Laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de Facturación
(Sólo Disponible Servicios Financieros
para los Pacientes) |
| | <input type="checkbox"/> Informes del Patología | |

Esta autorización tiene una vigencia de 180 días a partir de la fecha en que se firme, a menos que se especifique lo contrario o a menos que sea revocada por escrito. Entiendo que la revocación de mi autorización solo cubrirá los tratamientos para las fechas especificadas anteriormente. Deseo que esta autorización continúe en vigencia hasta el _____.

Yo, quien suscribe, he leído la información anterior y autorizo al personal de Ascension Seton a divulgar información de la forma en que se establece en el presente documento. Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto hasta el grado en que se haya tomado alguna medida basándose en esta. Entiendo que cuando se use o divulgue información de acuerdo a lo establecido en esta autorización, la misma puede estar sujeta a una nueva divulgación de parte del destinatario y podría ya no continuar estando protegida. Por este medio descargo y exonero al centro antes mencionado y a la empresa matriz de toda responsabilidad y de los daños que resulten de la divulgación legal de mi Información Médica Protegida.

Firma del Paciente/Padre/Madre/Representante/Tutor Legal Fecha Autoridad/Relación con el Paciente

Las tarifas/cargos deberán cumplir con todas las leyes y reglamentos aplicables a la divulgación de la Información Médica Protegida. Se pueden divulgar los expedientes después de recibir el pago completo.

FOR STAFF USE ONLY

Date request received _____ Date request completed _____

of pages released if printed _____

Staff Name: _____

