

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Numero de Telefono: _____

Correo Electronico: _____

Por este medio yo autorizo al:

Distrito del Hospital del Condado de El Paso (EPCHD)
bajo nombre comercial de Centro Médico Universitario de El Paso,
Depto. de Archivos Médicos,
4815 Alameda Ave, El Paso, TX 79905
Teléfono (915) 521-7690 FAX (915) 521-7591

Radiología, Clínicas, Servicios Financieros de Pacientes

O

(Nombre del Receptor)

De Divulgar Información del Historial Médico Externa/Consultorio Instalación de/a Médica del Médico/paciente/otro

(Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal)

Numero de Teléfono _____ Numero de Fax _____ Fecha de Tratamiento _____

Tipo de Acceso Pedido:

- Copias del historial
- Inspección del historial

Información a Divulgar

- Resumen/Pertinente
- Estudios Cardiacos
- Informe de Consulta
- Sala de Emergencias
- Historia y Examen Físico
- Laboratorio
- Informe Operatorio
- Rehabilitación
- Informe Radiológico

Instrucciones de Alta

- Informe de Alta
- Lista de Problemas
- Historial de Medicamentos
- Alergias a Medicamentos
- Resultados de Pruebas Diagnósticas
- Procedimientos
- Otro _____

- Imágenes de Radiología /CD- Entregar esta autorización a Radiología Teléfono (915) 521-7793 Fax (915) 521-7773
- Factura Detallada- Entregar esta autorización a Servicios Financieros a Pacientes Teléfono (915) 521-7900 Fax (915) 521-1920

Propósito: Atención Médica Uso Personal Abogado/Legal Otro

Metodo de Recepcion Preferida : En-Persona Correo Correo Electronico Otro

_____ (iniciales) Yo reconozco y doy consentimiento que la información divulgada puede contener información de abuso de alcohol, drogas, resultados psiquiátricos, o información de VIH/SIDA.

La información usada o divulgada puede ser sujeta a volverse a divulgar por el receptor según esta autorización y ya no puede ser protegida.

Esta autorización es válida por 180 días después de la fecha firmada a menos que revoque la autorización antes de esa fecha o a menos que se estipule de otra manera para la fecha siguiente: _____ . _____ iniciales.

Yo comprendo que se puede revocar esta autorización por mi en cualquier momento excepto hasta el punto que se haya tomado acción confiando en esta autorización. Para revocar la autorización contacte al departamento de Cumplimiento al # de teléfono (915) 521-7490.

Yo comprendo que EPCHD no puede negar tratamiento basándose en que yo complete esta autorización. Las cuotas/cobros por obtención de copias cumplen con toda ley/reglamento que corresponda a revelación de información.

Yo he leído lo anterior y autorizo la revelación de la información de salud protegida como se declara.

Firma de Paciente / Representante Legal _____ Letra Molde _____ Relación al Paciente _____ Fecha/Hora _____

Dirección / # de Teléfono del Solicitante (si son distintos a la información del paciente) Autorización debe ser firmada por el paciente o tutor legal si el paciente es menor de 18 años de edad. Si el paciente es difunto debe ser firmada por pariente más cercano con copia de acta de defunción. Si el paciente no puede firmar la autorización, debe presentarse un Poder Notarial.

White – EPCHD

Yellow – Individual (Patient/Legal Representative)



UNIVERSITY MEDICAL CENTER
OF EL PASO

Authorization for Use and Disclosure of PHI



843-006-03S

Patient Information Sticker