|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ou-logo | | **Universidad de Oklahoma** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Autorización para la Divulgación de Información de Salud o Registros de Tratamiento**  **Authorization to Release Health Information/Treatment Records** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido del Paciente: | | | | |  | | | | | | | | | Nombre: | | |  | | | | | | Segundo Nombre: | | | | | | | |  | |
| Otros Nombres Usados: | | | | | |  | | | | | | | | Fecha de Nacimiento: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | | | Ciudad: | | |  | | | | | | | Estado: | | | | |  | | Código Postal: | | | | | | |  |
| Teléfono Particular: | | | | (     ) | | | | | Teléfono Alternativo: | | | | | | | (     ) | | | | | | Teléfono Móvil: | | | | | | | | (     ) | | |
| Si se encuentra inscripto en la UO, indique las fechas de inscripción: desde | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | hasta | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Solicito que se divulgue al Destinatario señalado debajo la siguiente información de salud (o, si soy estudiante, mi registro médico/académico), desde el (fecha) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** hasta el (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que creó y conservó el Proveedor señalado debajo. * Escriba sus iniciales aquí si también se puede divulgar **verbalmente** la información de sus registros al Proveedor señalado debajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Propósito de la Solicitud:  derivación, legal, transferencia,Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Los registros a los que solicito acceso o de los que solicito copia son: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expediente Médico Completo\*  No incluye los Registros/Información de Facturación y Psicoterapia | | | | | | | | | | | | | | O solo informes parciales de la siguiente información de mi expediente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Historial de Rayos-X/Radiografías | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Historial de Vacunación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expediente Médico Completo además de Registros/Información de Facturación**\***  Excluye las Notas de Psicoterapia\* | | | | | | | | | | | | | | Informes de Alta Médica | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Medicamentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Informes Patológicos/ de Laboratorio | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Registros de Facturación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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). | | | | | | | | | | | | | | 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Divulgar Registros del Proveedor o de la Clínica:*** | | | | | | | | | | | | | | ***Suministrar Registros al Siguiente Destinatario:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | | | | | | | | Nombre: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | | | | | | | Dirección: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: | | | Estado: | | | | Código Postal: | | | | | | | Ciudad: | | | | | Estado: | | | | | | | | Código Postal: | | | | | |
| Fax: | | | | | Teléfono: | | | | | | | | | Fax: | | | | | | Teléfono: | | | | | | | | | | | | |
| **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 en virtud de esta Autorización. Salvo previa revocación, la presente Autorización expirará automáticamente transcurridos los \_\_\_\_\_\_\_\_ meses contados a partir de la fecha en que se firmó (12 meses si no se especificó). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 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 consiguiente, no estará protegida por la ley federal de privacidad. 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 podrá incluir registros de trastorno por uso de sustancias. Este tipo de información de salud/registros médicos está protegida por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Sección 2). A tales efectos, resulta insuficiente una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo. Por tanto, al firmar el presente documento, autorizo en forma explícita la divulgación de la información incluida en mi historial médico. Las normas Federales restringen el uso de la información provista para investigar o procesar penalmente a los pacientes por abuso de drogas o alcohol. 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Acepto que los costos de los registros no superarán los siguientes montos, **pagaderos a la Universidad de Oklahoma antes** del envío de los registros:   - Formato en Papel: 50 centavos por página, más gastos de envío por correo.  - Formato Digital: 30 centavos por página, además del costo del medio digital (disco, memoria flash, etc.), más gastos de envío por correo.  - Rayos X/Radiografía: $5 por película de rayos X/radiografía, además del costo del medio, más gastos de envío por correo.   * Hay una tarifa de $10 por certificación, declaración jurada o documentación similar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El Destinatario pasará a recoger las copias cuando se lo llame. | | | | | | | | | | | | | | | Enviar por correo las copias de mis registros a la dirección del Destinatario anteriormente indicada | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enviar mis registros por fax al Destinatario: (\_\_\_\_) | | | | | | | | | | | | | | | Otro (si corresponde): | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| **Firma del Paciente, Padre, o Representante Legal Autorizado \*\*** | | | | | | | | | | |  | **Relación con el Paciente** | | | | | | | | | | | | |  | | | **Fecha** | | | | |

**\*\* Se podrá solicitar documentación que lo ac****redite como representante legal**

Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Oklahoma (*OU Health Sciences Center*), University Privacy Official, P. O. Box 26901, Oklahoma City, OK 73129