|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ou-logo | | | **Universidad de Oklahoma** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Autorización para la Divulgación Verbal de Información Protegida de Salud a Terceros** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido: | |  | | | | | | Nombre: | | |  | | | | | Segundo Nombre: | | | | |  | |
| Otros Nombres Usados: | | | | |  | | | Fecha de Nacimiento: | | | | | | |  | | | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | | Ciudad: | |  | | | | Estado: | | | |  | Código Postal: | | | |  |
| Teléfono Particular: | | | | ( ) | | Teléfono Alternativo: | | | | | | ( ) | | Teléfono Móvil: | | | | | ( ) | | | |
| Si se encuentra actualmente inscripto en la OU, indique la fecha de inscripción: desde | | | | | | | | | | | | |  | | | | hasta | | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  |
| Yo, |  | autorizo a: |  | |
| Nombre del Médico, Profesional y/o Clínica/Departamento | | | | |
| a divulgar **verbalmente** la siguiente información protegida de salud y sobre fechas/horarios de citas médicas que se creó o conserva  desde el (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta el (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Divulgar Verbalmente Mi Información a:** | | | | | | | | **Divulgar Verbalmente Mi Información a:** | | | | | | | | |
| Nombre del Destinatario: | | | | | | | | Nombre del Destinatario: | | | | | | | | |
| Relación con el Paciente: | | | | | | | | Relación con el Paciente: | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | Dirección: | | | | | | | | |
| Ciudad: | Estado: | | Código Postal: | | | | | Ciudad: | | Estado: | | | | | | Código Postal: |
| Fax: | | Teléfono: | | | | | | Fax: | | | Teléfono: | | | | | |
| Excepciones: | | | | | | | | Excepciones: | | | | | | | | |
| * Propósito de la Solicitud: derivación, legal, transferencia, otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Esta autorización para divulgar **verbalmente** Información Protegida de Salud se aplica a conversaciones sobre información de mi: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 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). | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Entiendo que:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Podré revocar la presente Autorización en cualquier momento mediante notificación cursada por escrito ante el Funcionario de Privacidad de los Servicios de Salud de la Universidad de Oklahoma (*Oklahoma University Privacy Official Health Sciences Center*), P.O. Box 26901, Oklahoma City, OK 73129. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido retenida, utilizada o divulgada como consecuencia 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. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Para los que no son estudiantes, el destinatario de la información solicitada en virtud de la presente Autorización podrá volver a utilizar/divulgar la información a terceros y, por consiguiente, ya no estará protegida por las leyes federales 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 verbalmente podrá 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. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 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. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | |  | |  | |
| **Firma del Paciente, Padre, o Representante Legal Autorizado\*\*** | | | | |  | **Relación con el Paciente** | | | | | |  | | **Fecha** | | |

**\*\*Se podrá solicitar documentación que lo acredite como representante legal.**