



☐ **METHODIST DALLAS MEDICAL CENTER**
 1441 N. Beckley Ave., Dallas TX 75203
 Phone 214-947-2800 Fax 214-947-7632

☐ **METHODIST SOUTHWEST MEDICAL CENTER**
 3500 W. Wheatland Rd., Dallas, TX 75237
 Phone 214-947-7600 Fax 214-947-7632

☐ **METHODIST MANSFIELD MEDICAL CENTER**
 2700 E. Broad St., Mansfield, TX 76063
 Phone 682-242-6120 Fax 214-947-7632

☐ **METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER**
 2831 E. President George Bush Hwy., Richardson, TX 75082
 Phone 469-204-0500 Fax 214-947-7632

☐ **METHODIST MIDLOTHIAN MEDICAL CENTER**
 1201 East U.S. Hwy 287, Midlothian, TX 76065
 Phone 469-846-6700 Fax 214-947-7632

☐ **METHODIST SOUTHLAKE MEDICAL CENTER**
 421 E. State Hwy 114, Southlake, TX 76092
 Phone 682-335-0500 Fax 682-335-0506

☐ **MDMC GOLDEN CROSS ACADEMIC CLINIC**
 122 W Colorado Blvd, Dallas, TX 75208
 Phone: 214-947-6700 Fax: 214-947-7632

☐ **METHODIST SOUTHWEST FAMILY MEDICAL**
 3500 W Wheatland Rd, Dallas, TX 75237
 Phone: 214-947-5400 Fax: 214-947-7632

☐ **METHODIST CELINA MEDICAL CENTER**
 1500 S. Dallas Pkwy, Celina, TX 75009
 Phone: 945-677-5810 Fax: 214-947-7632

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA
CUANDO LLENE ESTE FORMULARIO, ENVÍELO A MHSROI@MHD.COM

Nombre de la persona autorizada para hacer esta solicitud (es decir, su nombre): _____

Nombre del paciente: _____

Dirección postal del paciente: _____

Ciudad y estado del paciente: _____ Código postal del paciente: _____

Teléfono residencial del paciente: _____ Teléfono del trabajo: _____

Fecha de nac. del paciente: _____ Edad del paciente: _____ Sexo del paciente: _____

Núm. de seguro social del paciente: _____ Núm. de expediente médico del paciente: _____

Fecha de admisión: _____ Fecha de alta: _____

1. Autorizo a la organización indicada abajo a usar la información médica del paciente indicada arriba y a divulgarla a la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(ones) por medio de los métodos siguientes de entrega y para los siguientes fines.

Nombre de la persona/organización que recibe la información médica protegida: _____

Método preferido de entrega (debe marcar por lo menos uno):

- ☐ Enviar por correo postal a la siguiente dirección:
☐ Correo electrónico cifrado (tenga en cuenta que si el tamaño del archivo es demasiado grande para enviarlo por correo electrónico, nos comunicaremos con usted sobre un método alternativo de entrega)
☐ Recoger en persona en el hospital
☐ MyChart (electrónicamente y solo se recibirá parte del expediente médico)
☐ Otro método de entrega: _____

Propósito de la divulgación (debe marcar por lo menos uno):

- ☐ Uso personal ☐ Tratamiento/Continuar la atención médica ☐ Facturación o reclamación ☐ Seguro ☐ Centro de estudios ☐ Empleo
☐ Fines legales ☐ Determinación de discapacidad ☐ Otro: _____

2. **El tipo y la cantidad de información que se usará o divulgará es la siguiente: (Marque lo que corresponda)**

- ☐ **Exp. médico completo** ☐ Resumen del alta ☐ Medicamentos anteriores/actuales ☐ Procedimientos operatorios ☐ Informes de patología
☐ Informes de consultas ☐ Informes de lab. ☐ Informes de imágenes ☐ Información de facturación ☐ CD de imágenes con Informe
☐ Ecocardiografía ☐ Alergias del paciente ☐ Informes de clínicas ☐ Informes de sala de emerg. ☐ Informes de evolución
☐ Historial y examen físico ☐ Laminillas de patología ☐ Otro: _____

3. Entiendo que la información en el expediente médico del paciente puede contener información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios conductuales o de salud mental y acerca de tratamientos por el consumo de alcohol o drogas. **Por lo tanto, sus iniciales son necesarias para divulgar la siguiente información:**

_____ Informes de salud mental (se excluyen las notas de psicoterapia) _____ Resultados de pruebas/tratamiento de VIH/SIDA
 _____ Informes por abuso de drogas, alcohol o sustancias _____ Información genética (incluye los resultados de pruebas genéticas)

Lea lo siguiente antes de firmar esta autorización:

- **Revocación:** Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una revocación por escrito a MHSROI@mhd.com. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya se haya divulgado en virtud de esta autorización. Si deseo que esta autorización caduque en una fecha específica, o debido a un suceso o condición específicos, se lo informaré a MHSROI@mhd.com. **A menos que se revoque o se indique de otra manera a MHSROI@mhd.com, esta autorización vencerá al cabo de seis (6) meses de la fecha en que se firme.**
- **Ninguna condición:** No condicionaremos el cumplimiento de esta autorización sobre la base de pago, tratamiento, inscripción o calificación para los beneficios.
- **Continuación de la divulgación:** He leído este formulario y acepto el uso y las divulgaciones de información que se describen en el presente. Entiendo que no se verá afectada ninguna medida tomada previamente en virtud de esta autorización por parte de las entidades que tenían permiso para acceder a mi información. Entiendo que una vez que la información se divulgue conforme a esta autorización, el receptor de la misma la podría volver a divulgar, por lo que dejaría de estar protegida por los reglamentos federales o estatales de privacidad. Entiendo que si me niego a firmar este formulario, dicha negativa no detendrá la divulgación de información médica que haya ocurrido antes de la revocación ni las otras divulgaciones permitidas por la ley.
- **Copias:** Si se envía una solicitud por escrito a MHSROI@mhd.com, entiendo que me podrían entregar una copia de este formulario después de firmarlo.

 Firma del paciente/Parte responsable o representante legal

 Fecha

 Si lo firma el representante legal, relación con el paciente

 Fecha