

# Autorización para divulgar información de salud protegida DE Texas Diabetes & Endocrinology, P.A.

Texas Diabetes & Endocrinology está autorizado por mí para obtener o divulgar mi información de salud protegida para un propósito (descrito en este documento) que no sea tratamiento, pago u operaciones de atención médica. He leído esta autorización y entiendo qué información se usará o divulgará, quién puede usar y divulgar la información, y los destinatarios de esa información. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios pueden no estar condicionados a que firme esta autorización.

Autorizo específicamente a Texas Diabetes & Endocrinology y / o la entidad especificada para obtener o divulgar mi información de salud protegida como se describe en este formulario a los destinatarios enumerados a continuación. Entiendo que cuando la información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las regulaciones de privacidad estatales o federales. Además, entiendo que me reservo el derecho de revocar esta autorización, si se realiza de acuerdo con los pasos establecidos a continuación.

*Tenga en cuenta: TODAS las secciones deben completarse para ser una autorización válida.*

## Sección I - Información del paciente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

## Sección II - Información de divulgación para:

Por la presente autorizo a Texas Diabetes & Endocrinology a divulgar mis registros médicos para:

Correo  Fax  CD  Email (*complete y devuelva un formulario de consentimiento por correo electrónico*)  
Nombre / Instalación: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_  
La dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## Sección III - Propósito (s) de la solicitud:

Personal  Atención continua (progreso a PCP o médico remitente)  Seguro  Jurídico  
 Terminar la atención con diabetes de Texas / Transferencia: (¿Razón? \_\_\_\_\_)  
 Otro: \_\_\_\_\_

## Sección IV - Información a divulgar (*marque todo lo que corresponda*):

Fechas de servicio (*opcional*) desde: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_  
 Resumen de 2 años (incluye 3-6 meses de diagnóstico)  Notas de progreso  
 Informes de laboratorio  Informes de imágenes  
 Lista actual de medicamentos  Lista de problemas  
 Datos de facturación  TODA la información de salud \*\*  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Sección V - Autorizado para divulgar información protegida:**

*Nota: Se requieren iniciales para publicar la siguiente información \*\*:*

- Tratamiento de salud mental \_\_\_\_\_  Tratamiento de abuso de alcohol y / o sustancias\* \_\_\_\_\_
- Pruebas de VIH / SIDA e información relacionada\* \_\_\_\_\_  Pruebas de hepatitis C e información relacionada\* \_\_\_\_\_
- Información genética (incluidos, entre otros, los resultados de las pruebas genéticas) \* \_\_\_\_\_
- 

**Sección VI - Derecho de revocación:**

Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. Texas Diabetes & Endocrinology debe recibir la revocación por escrito (y la revocación por escrito debe incluir :)

- a) Mi nombre y dirección,
- b) La fecha de vigencia de esta autorización y los destinatarios de la Información de salud protegida de acuerdo con esta autorización,
- c) Mi deseo de revocar esta autorización, y
- d) La fecha de la revocación y mi firma.

TODAS las revocaciones por escrito deben enviarse a:

Misha Diden  
6500 N Mopac, Bldg 3, Ste 200  
Austin, TX 78731  
Phone: 512-458-8400

---

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o representante legal del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha\***

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso del representante legal del paciente (si corresponde)**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente(**

---

**FOR OFFICE USE ONLY:**

- Authorization added to the patient's medical record on: \_\_\_\_\_.
- Patient has been provided with a copy of the signed authorization.