

AUTORIZACION PARA EL USO Y LA REVELACION DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD



* D T O O 7 2 *

1. Yo por la presente autorizo el JPS Health Network 1500 South Main Fort Worth, Tx 76104 para usar y revelar la información protegida de salud del registro de:

Nombre De Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguridad Social: _____

Fecha de Ingreso: _____

Numero de Registro Médico: _____

2. Específicamente, se usarán y serán reveladas las copias de los registros siguientes:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historia y Físico | <input type="checkbox"/> Enfermero | <input type="checkbox"/> Otro: Por Favor, Especificar |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Apuntes de Servicios Sociales | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reporte de Operación | <input type="checkbox"/> Ordenes de Médico | _____ |
| <input type="checkbox"/> Apuntes de Progreso de Médico | <input type="checkbox"/> Laboratorio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiología | <input type="checkbox"/> EEG/EKG/CAT Scan | _____ |

3. Entiendo que los registros usados y revelados según esta forma de autorización pueden incluir la información relacionada con: la infección del Virus Humano de la Inmunodeficiencia ("HIV") o el Síndrome Adquirido de Inmunodeficiencia ("la SIDA"); el tratamiento o la historia del abuso de droga o el alcohol; o la salud mental o conductista, o el cuidado psiquiátrico.

4. Entiendo que las copias de los registros indicados arriba serán: (indicar uno o más, cuando aplicable)

- Usado por el personal del JPS Health Network.
- Mandado a: Nombre de Recipient: _____
Nombre de Compañía: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____
- Faxeado a: Nombre de Recipient: _____
Nombre de Compañía: _____
Numero de Fax: _____
Numero de Teléfono para Confirmación: _____

5. Entiendo que, hasta el punto que cualquier Recipiente de esta información, como identificado arriba, no es una "entidad cubierta" bajo la ley Federal o la ley de intimidad de Tejas, la información no puede ser protegido más largo por la ley Federal y la ley de intimidad de Tejas cuando es revelada al Recipiente y, por lo tanto, puede estar sujeto a la re-revelación por el Recipiente.

6. Se Necesita la Información Privada de Salud para: (Marque una)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica Actual | <input type="checkbox"/> Uso Personal |
| <input type="checkbox"/> Aseguran za | <input type="checkbox"/> Escuela |
| <input type="checkbox"/> Los Propósitos Legales | <input type="checkbox"/> Seguridad Social/Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Militar | <input type="checkbox"/> Otro: Por Favor, Especificar: _____ |

7. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito menos hasta el punto que el JPS Health Network ya ha contado con esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización por mandar o faxear un aviso escrito al Privacy Officer, 1500 S. Main St., Fort Worth, Texas 76104, que expresa su intención de revocar esta autorización.

8. A menos de otro modo revocado, entiendo que la fecha o el acontecimiento específico de que expira esta autorización es 180 días de la fecha de firmación. Entiendo que el JPS Health Network no puede acondicionar el tratamiento en el punto de rellenar este formulario de autorización.

Firma de Paciente o Representante Legal de Paciente : _____ Fecha: _____

Nombre Imprimido del Representante Legal
(cuando necesario): _____ Relación: _____

la Autoridad del Representante para Actuar en
Representación para el Paciente: _____