

Autorización Para el Intercambio de Información de Salud



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono y/o correo electrónico: _____

Yo, la persona que firma, acepto que el Intercambio de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) de JPS Health Network divulgue mi expediente médico a mis proveedores de cuidado médico del Intercambio de Información de Salud.

Este documento permite el uso futuro de los expedientes por parte del Intercambio de Información de Salud para mis proveedores de cuidado médico, tanto pasados como actuales. El permiso empieza después de la fecha en que se firme este formulario una vez que el formulario sea procesado.

El equipo de Integración de Datos puede tardarse hasta 72 horas una vez que recibe el formulario.

Fecha: _____ Firma: _____
Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Nombre Impreso del Paciente o del Representante Legal Autorizado

For Departmental Use: MRN/Acct #

Relación al Paciente

Un "representante/apoderado legalmente autorizado" es: 1) un tutor legal, 2) un agente autorizado en un poder notarial médico o directiva para médicos, 3) un abogado designado por un tribunal, 4) un abogado contratado por el paciente o el representante legalmente autorizado del paciente, 5) un padre o tutor legal de un menor, o 6) una persona autorizada bajo la Ley de Consentimiento para Tratamiento Médico de Texas: el cónyuge del paciente, un hijo adulto, un padre del paciente adulto, una persona identificada antes de la incapacidad para actuar por el paciente, el pariente vivo más cercano, o un miembro del clero.
NOTA: Se debe presentar evidencia escrita del estado de representante legalmente autorizado al proveedor de cuidado médico antes de la divulgación de cualquier información.

**Envíe este formulario por correo postal, fax o correo electrónico
al equipo de Integración de Datos**

Dirección: Attn: Health Information Management, Data Integrity
1500 S. Main Street
Fort Worth, Texas 76104

Número de Fax: 817-702-5700

Envíe un mensaje de correo electrónico encriptado a: him-dataintegrity@jpshealth.org