

Autorización de revelación de información de salud protegida (u otra información confidencial)

Esta autorización cumple con los requisitos de la §164.508 de las Normas de Privacidad de la HIPAA
(45 CFR, partes 160 y 164)

Nombre: _____
(Nombre del individuo)

Domicilio: _____
(Calle y número, apartado postal o carretera y número) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Fecha de nacimiento: _____ **Número del Seguro Social:** _____

Autorizo que la siguiente persona o entidad:

(Especifique el individuo, el médico, el hospital, la clínica, el abogado, el terapeuta, la escuela, la entidad gubernamental, etc.)

(Calle y número, apartado postal o carretera y número) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

releve la siguiente información específica de salud protegida o de cualquier otro tipo que sea confidencial:

Sí () No () Información médica o de salud (incluye los registros de salud mental). Indique la información específica:

Sí () No () Información relacionada con el VIH. Indique la información específica:

Sí () No () Informes psicológicos. Indique la información específica:

Sí () No () Historial social. Indique la información específica:

Sí () No () Otra. Indique la información específica:

al siguiente individuo o entidad:

(Nombre o puesto del individuo o la entidad autorizada para recibir la información)

El individuo o la entidad que recibe la información revelada podría usar la información con los siguientes fines:

Entiendo que: 1) puedo revocar esta autorización por escrito contactando a la oficina o al programa del DSHS que obtuvo la autorización; 2) esta autorización no afectará el tratamiento, el pago, la inscripción ni el derecho a la participación con respecto a las prestaciones y 3) la información revelada a partir de esta autorización podría estar sujeta a nuevas revelaciones según autorice la ley.

FECHA DE VENCIMIENTO: esta autorización se vence en la siguiente fecha o al ocurrir el siguiente evento

(Si no se declara ninguna fecha o evento, el vencimiento será al año de que esta se firme).

Leí (____) o me leyeron (____) este formulario y entiendo el propósito y el contenido del formulario. Todos los espacios en blanco se rellenaron o se tacharon antes de que yo firmara el formulario.

Firma del individuo o el padre o la madre del individuo, **si es menor de edad**

Fecha de la firma

Escriba a máquina o en letra de molde el nombre del representante personal. Declare si este tiene la autoridad para actuar en representación del individuo. Adjunte los documentos de apoyo de dicha autoridad.

Firma del representante personal

Fecha de la firma

(Domicilio)

(Teléfono)

Firma del testigo

Fecha de la firma

Escriba a máquina o en letra de molde el nombre del testigo

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD: tiene derecho, con pocas excepciones, a pedir y a ser notificado o notificada sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar la información al así pedirlo. También tiene derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us/> para informarse más.



Authorization to Disclose Protected Health Information (or other confidential information)

This authorization complies with the requirements of §164.508 of the HIPAA Privacy Standards (45 CFR, Parts 160 and 164)

Name: _____
(Name of Individual)

Address: _____
(Street Number, Post Office Box, Route Number) (City) (State) (Zip Code)

Date of Birth: _____ **Social Security Number:** _____

I authorize the following person or entity:

(Specify the Individual, Physician, Hospital, Clinic, Attorney, Counselor, School, Governmental entity, etc.)

(Street Number, Post Office Box, Route Number) (City) (State) (Zip Code)

to disclose the following specific protected health or other confidential information:

- Yes () No () Medical or Health Information (includes mental health records). Indicate specific information: _____
- Yes () No () HIV-Related Information. Indicate specific information: _____
- Yes () No () Psychological Reports. Indicate specific information: _____
- Yes () No () Social History. Indicate specific information: _____
- Yes () No () Other. Indicate specific information: _____

to the following individual or entity:

(Name or Position of Individual / Entity authorized to receive information)

(Street Number, Post Office Box, Route Number) (City) (State) (Zip Code)

The information disclosed may be used by the individual or entity receiving the information for the following purpose(s):

I understand that: 1) I may revoke this authorization in writing by contacting the DSHS office or program that obtained the authorization; 2) this authorization will not affect treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits; and 3) information disclosed as a result of this authorization could be subject to re-disclosure as authorized by law.

EXPIRATION DATE: This authorization will expire on [date or event] _____.
(If no date or event is stated, expiration is one year from the date it is signed.)

This form () was read by me () was read to me and I understand its purpose and content. All blanks were completed or struck through before I signed the form.

Signature of Individual or Parent of Individual, if minor _____ Date signed _____

Print/Type Name of Personal Representative. State their authority to act on behalf of the individual. Attach documents to support authority.

Signature of Personal Representative _____ Date signed _____

(Address) _____ (Telephone) _____

Signature of Witness _____ Date signed _____

Print/Type Name of Witness _____

PRIVACY NOTIFICATION: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.state.tx.us/> for more information.