



**TEXAS TECH UNIVERSITY  
HEALTH SCIENCES CENTER™**

Departamento de Pediatría

**\*\*\*EFECTIVO INMEDIATAMENTE\*\*\***

**TODOS LOS PACIENTES DE MEDICAID Y POLITICA DE HMO**

TODOS LOS PACIENTES DE ESTA CLINIC DEBEN TENER A UNO DE NUESTROS MEDICOS INDICADO COMO MEDICO PRINCIPAL EN SU POLIZA PARA QUE LOS MEDICOS Y EL PERSONAL DE ENFERMERIA PUEDAN BRINDAR LA ATENCION ADECUADA A SU NINO. MIENTRAS ESPERA PARA SER LLAMADO ASEGURESE DE QUE UNO DE LOS SIGUIENTES MEDICOS ESTE EN LA LISTA COMO PCP; DE LO CONTRARIO LLAME AHORA. ESTO PODRIA CAUSAR PROBLEMAS CON LA FACTURACION Y LAS REFERENCIAS.

- DR. BABATUNDE JINADU NPI#: 1194854836
- DR. STEPHANIE VILLARREAL NPI#: 1023456407
- CHRISTY GARNSEY, NP ESTA BAJO EL DOCOTR JINADU Y NO PUEDE SER ENLISTADA EN LA POLIZA
- MELISSA MARTINEZ, NP ESTA BAJO EL DOCOTR JINADU Y NO PUEDE SER ENLISTADA EN LA POLIZA.

PORFAVOR CUANDO SLECCIONE EL PROVEEDOR ASEGURESE DE QUE LA DIRECCION ASOCIADA ES LA SIGUIENTE:

701 W 5<sup>TH</sup> ST

ODESSA, TX 79763

TENGA EN CUENTA QUE SI SU HIJO NECESITA UNA REMISION A UN ESPECIALISTA O CUALQUIER TIPO DE SUMINISTROS/ EQUIPOS MEDICOS, NUESTROS PROVEEDORES DEBEN ESTAR INDICADOS COMO EL PCP. SI NUESTROS PROVEEDORES NO ESTAN EN LA LISTA, CAUSARA UNA DEMORA INCLUSO NEGARA LA APROBACION.

AQUI ESTAN LOS NUMEROS PARA LLAMAR:

- AMERIGROUP #: 800-600-4441
- SUPERIOR #: 800-783-5386
- CHIP #: 800-783-5386
- FIRSTCARE #: 800-431-7798

UNA VEZ REALIZADOS LOS CAMBIOS, ASEGURESE DE QUE LE PROPONEN UN NUMERO DE REFERENCIA GRACIAS.



Texas Tech Physicians  
of the PERMIAN BASIN

Date: \_\_\_\_\_

D#: \_\_\_\_\_

**SECTION 1** **Informacion de Paciente**

Nombre Legal	Fecha de Nacimiento	Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Direccion	Calle	Numero de Apartamento		
Cuidad	Estado	Codigo Postal	Numero de Telefono	Numero Celular
Estado Marital		Empleador		
Contacto de Emergencia	Relacion	Numero		
Esposo/a	Numero			

**La siguiente parte responsable es el garante y responsable por el costo de los servicios al paciente:**

Nombre Legal	Fecha de Nacimiento	Relation			
Dirreccion	Cuidad	Estado	Codigo Postal	Numero Primari	Celular

**La siguiente informacion es sobre el titular seguro si diferente a el paciente o la persona responsable:**

Nombre Legal	Fecha De Nacimiento	Seguro Socialpatient
--------------	---------------------	----------------------

**SECTION 2: Seguro primario y secundario si corresponde**

Nombre de Seguro Primario		Nombre del Suscriptor		
Fecha de Nacimiento	Relation	Numero de Poliza		
Numero de Grupo	Dirreccion de Seguro			
Nombre de Seguro Secundario		Nombre del Suscriptor		
Fecha de Nacimiento	Relation	Numero de Poliza		
Numero de Grupo	Dirreccion de Seguro			

<b>Texas Tech University</b> <b>Health Sciences Center</b>  <b>Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad y</b> <b>Confirmación de diversos comunicados de atención médica</b>	Nombre del paciente: _____  N.º de historia clínica: _____  Fecha de nacimiento: _____
--	--

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) (revisado en marzo de 2016) según lo estipulado en 45 CFR § 164.520.

***Consentimiento para el uso de correos electrónicos o mensajes de texto para el envío de recordatorios de citas médicas y otras comunicaciones de atención médica:***

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos de TTUHSC para recordarme una cita, para realizar encuestas sobre mi experiencia con el equipo de atención médica o para proporcionarme recordatorios de salud generales o información general sobre nuevos servicios.

Indico a continuación el número de teléfono celular y/o la dirección de correo electrónico que autorizo a TTUHSC a utilizar:

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono celular:** \_\_\_\_\_

*TTUHSC ofrece este servicio de forma gratuita, pero podrían aplicarse tarifas estándar para mensajes de texto según lo estipulado en su plan de telefonía móvil.*

Al firmar a continuación, confirmo que tengo conocimiento de que las opciones seleccionadas anteriormente seguirán vigentes hasta que yo mismo indique lo contrario mediante una notificación por escrito.

<b>Fecha</b>	<b>Nombre en letra de imprenta</b> (Persona que firma el formulario de consentimiento)	<b>Firma</b> (Paciente u otra persona legalmente autorizada)	
		<b>Relación con el paciente</b>	

<b>Texas Tech University Health Sciences Center</b> <b>Clínicas Ambulatorias</b>  <b>Consentimiento para Tratamiento/Acuerdo para el cuidado de la Salud</b>	Identificación del paciente (Nombre, Fecha de Nacimiento, Número de expediente médico)
---	--

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Yo voluntariamente doy mi consentimiento para recibir servicios médicos por parte de los médicos de Texas Tech University Health Sciences Center, empleados y aquellos asociados, asistentes, y otros proveedores de atención de la salud (de otro modo referido como TTUHSC), según mi médico considere necesario. Yo entiendo que tales servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamiento. Yo entiendo que fotografías, cintas de vídeo, imágenes digitales y/u otras imágenes pueden ser hechas/grabadas para fines de tratamiento y propósitos de pago solamente. Yo entiendo que TTUHSC es una institución de enseñanza. Yo reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado o cura de mi tratamiento.

Reconozco que TTUHSC puede utilizar sistemas de intercambio de información de salud para electrónicamente transmitir, recibir y/o acceder a mi información médica que puede incluir, pero no se limita a, los tratamientos, las recetas, los resultados de laboratorios, historial médico y de medicamentos recetados, y otra información de cuidados de salud.

Yo entiendo que este Consentimiento Para Tratamiento/Acuerdo para el Cuidado de la Salud, será válido y permanecerá vigente por el tiempo que se me preste o reciba atención médica en las Clínicas Ambulatorias de TTUHSC, a menos que yo revoque, por escrito, dicho permiso escrito proporcionado a cada clínica donde se me prestó o recibí atención médica.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y TRASPASO DE BENEFICIOS:** En consideración por haber recibido servicios médicos o cuidado de la salud, por este medio yo traspaso a los médicos y proveedores de TTUHSC y/o al Departamento de Plan de Ingresos de Práctica Médica, mi derecho, título, e interés en todo seguro, Medicare/Medicaid, u otros pagadores terciarios de beneficios de servicios médicos o de otros cuidados de la salud que de otra forma me pagarían a mí. Yo también autorizo que Medicare/Medicaid y/o mi compañía de seguro médico o pagadores terciarios envíen los pagos directamente, hasta la cantidad total del costo de servicios médicos o cuidado de la salud, a los médicos de TTUHSC y/o al Departamento de Plan de Ingresos. Yo certifico que la información que he proporcionado con relación a los pagadores terciarios incluyendo Medicare/Medicaid es correcta.

**Yo acepto pagar todos los gastos por los servicios médicos que no sean cubiertos por, o que excedan la cantidad estipulada por Medicare/Medicaid, mi compañía de seguro médico, u otros pagadores terciarios, y acepto pagar de acuerdo a las condiciones establecidas por TTUHSC.**

<b>DISPOSICION ANTICIPADA:</b>		
¿Yo he firmado una Disposición Anticipada?	_____ SI	_____ NO
¿Si su respuesta es Sí, ¿está vigente?	_____ SI	_____ NO
¿Ha proporcionado una copia firmada a TTUHSC?	_____ SI	_____ NO

Yo certifico que he leído este documento o me ha sido leído.

Fecha autorizada	Imprima su nombre	Firma de Paciente/otra persona legalmente
Hora	Testigo/Traductor*	Parentesco con el paciente

**Intercambio de Información de Salud (IIS)  
Cambio de Participación**



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Número del Expediente Médico: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

University Medical Center, Texas Tech University Health Sciences Center y UMC Physicians participan en un Intercambio de Información de Salud (IIS). El IIS es un medio seguro electrónico de compartir información de salud entre hospitales, consultorios médicos, farmacias y otros proveedores de salud participantes. Un IIS es importante porque la información de salud compartida mejora el cuidado médico. El IIS ayuda a los proveedores participantes compartir información de una manera oportuna y coordinar su atención médica más eficazmente.

Quiero cambiar mi estado de participación en el IIS. A continuación he seleccionado el estado correcto:

**NO QUIERO PARTICIPAR EN EL IIS**

Después de considerar mi opción de participar en el IIS, he decidido DECLINAR y NO PARTICIPAR en el IIS. Al optar por no participar en el IIS, yo reconozco y acepto lo siguiente:

1. Optando por no participar en el IIS puede demorar acceso a información médica importante.
2. Mi información médica no será compartida entre proveedores de cuidado médico por medio del IIS. En vez de usar el IIS, mis proveedores seguirán compartiendo mi información por los métodos previamente establecidos, tales como teléfono, fax, o correo.
3. Mi información de salud no será compartida con otros Intercambios de Información de Salud en los que pueden participar UMC, TTUHSC, y UMC Physicians.
4. Cualquier información que se comparta antes de enviar este formulario de Cambio de Participación, puede quedar con el proveedor quien la accedió antes de que este Cambio entró en vigor.

**QUIERO PARTICIPAR EN EL IIS**

Previamente había decidido no participar en el IIS, pero he cambiado la mente. Quiero que mi información médica se comparta entre proveedores de atención médica por medio del IIS.

Entiendo que mi selección de arriba permanecerá en efecto a menos que yo la cambie por escrito. Entiendo que esta solicitud pueda tomar de 3-5 días laborales para tomar efecto.

Si este formulario es firmado por alguien que no sea la persona nombrada arriba, la persona que firma el formulario certifica que él o ella está actuando a favor de la persona nombrada anteriormente como: (Marque Uno)

Padre  Custodio Legal  Otro (Especifique la Relación): \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Favor de enviar este formulario de Cambio de Participación a UMC por uno de los métodos siguientes:

1. Fax al número: 806-775-9157
2. Correo: University Medical Center-Health Information Management; 602 Indiana Avenue; Lubbock, TX 79415



//

<b>Texas Tech University</b> <b>Health Sciences Center</b>  <b>Confidential Communication Request</b>	Patient Name: _____  MRN: _____  DOB: _____
--	---

TTUHSC valora la privacidad de los pacientes y asumió el compromiso de desarrollar su práctica médica de una forma que promueva la confidencialidad de los pacientes mientras les brinda una atención de la más alta calidad. TTUHSC se ocupará de satisfacer los pedidos razonables.

Si necesita copias de registros médicos, deberá completar un formulario de autorización diferente. Solicite a un miembro del personal el formulario requerido.

Permiso para proveer información de salud protegida de manera verbal o dejar mensajes (incluyendo información de citas) a la(s) siguiente persona(s): Ejemplo: miembros de la familia, amigos, cuidadores personales, etc. No es necesario que detalle a los proveedores médicos que le brindan atención. El paciente y las personas detalladas debajo deben proporcionar al menos uno de los siguientes datos del paciente: dirección, fecha de nacimiento, o los últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Debido a nuestra preocupación por su privacidad, TTUHS no puede dejar mensajes que contengan resultados específicos de alguna prueba ni detalles de plan de tratamiento en contestadores automáticos o buzones de voz.**

Favor de completar las siguientes preguntas para contar con un nivel adicional de seguridad. El personal podría formular estas preguntas si tuviera inquietudes respecto a la divulgación de su información. **Proporcione al menos una respuesta.**

1. ¿Cuál era el apellido de soltera de su madre? \_\_\_\_\_

2. ¿En qué pueblo nació? \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo se llama su abuela? \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo se llamaba su primera mascota? \_\_\_\_\_

**Fecha**

**Escriba con letra de imprenta su nombre y su relación con el paciente.**  
 (La persona que firma el formulario de consentimiento)

**Firma**

(Paciente u otra persona legalmente autorizada)

**Relación con el paciente**



# Texas Tech University Health Sciences Center

## Authorization Form for Verbal Release of Protected Health Information

Patient Name: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

- *A petición del paciente, esta autorización concede permiso a un proveedor del Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) para hablar sobre la información médica del paciente, en persona o por teléfono, con una persona que él designe. Esta autorización solo es válida para **informar verbalmente**, no para revelar el expediente médico por escrito.*

### Autorizo al siguiente proveedor de TTUHSC:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Departamento o Clínica: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (por ejemplo, proveedor de atención primaria, especialista, consejero, etc.): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### a revelar la siguiente información:

\_\_\_ Información médica sobre la atención y el tratamiento (especificar si es necesario): \_\_\_\_\_

\_\_\_ Información financiera y sobre seguros (especificar si es necesario): \_\_\_\_\_

\_\_\_ Otro tipo de información (especificar si es necesario): \_\_\_\_\_

\_\_\_ Toda la información relacionada con mi atención, tratamiento y pago \_\_\_\_\_

### a la persona siguiente:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Entiendo que:

- **Esta autorización caduca a los 180 días de la fecha de la firma o en la fecha o el evento siguientes (especificar)** \_\_\_\_\_.
- Esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Mi tratamiento o el pago de los servicios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- Esta autorización puede cancelarse si se presenta una notificación por escrito en el TTUHSC (o el centro que puede revelar la información). La información se puede revelar hasta que se reciba mi notificación de cancelación por escrito.
- Se puede obtener información adicional en el Aviso de prácticas de privacidad del TTUHSC.

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:** Libero y acepto eximir de responsabilidad a la Clínica TTUHSC (o a otro centro que pueda revelar información) y a sus agentes, representantes y empleados de toda responsabilidad asociada con la revelación de información confidencial del paciente conforme a la autorización. Entiendo que TTUHSC Clinic (o el centro que revele la información) no puede ser responsable del uso o redescubrimiento de la información a terceros.

⇒ **Al firmar esta autorización, admito haber leído este formulario, o que me lo han leído, y que entiendo su contenido.**

Nombre en letra de molde (Persona que firma este formulario): \_\_\_\_\_

Firma (del paciente o de un representante legal): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Texas Tech Physicians  
of the PERMIAN BASIN

**INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO  
AUTORIZADO**

Indique dos personas, además de los padres o tutores, que estén autorizadas para dar su consentimiento para el tratamiento médico del niño. Actualice la lista lo antes posible si se necesitan cambios.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de los pacientes: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el niño/ la niña: \_\_\_\_\_

Licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el niño/ la niña: \_\_\_\_\_

Licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Consentimiento Informado para Telemedicina/Teléfono/Tele farmacia/Tele terapia

### Consulta

Está programado para una consulta de telemedicina/teléfono/tele farmacia/tele terapia. Antes de su visita, es importante que lea y comprenda este documento.

Al firmar este documento, usted da fe de que comprende:

1. El propósito es evaluar y tratar su condición médica.
2. Esta consulta se realiza a través de una comunicación bidireccional mediante la cual el médico u otro proveedor de salud en TTUHSC puede ver su imagen en la pantalla y/o escuchar mi voz. Sin embargo, a diferencia de una tradicional consulta médica, el médico u otro proveedor de salud no tiene el uso de los otros sentidos como tocar u oler; y puede no ser igual a una visita cara a cara.
3. Dado que estamos en diferentes lugares, debemos confiar en la información proporcionada por usted. TTUHSC y afiliados los consultores de telemedicina/teléfono/tele farmacia/tele terapia confían en su información precisa y completa información para brindar la atención adecuada.
4. Puede hacer preguntas y buscar aclaraciones sobre los procedimientos y la tecnología de telemedicina.
5. Puede solicitar que se detenga el examen de telemedicina y/o la videoconferencia en cualquier momento.
6. Sabe que existen riesgos potenciales con el uso de esta nueva tecnología. Estos incluyen, pero no se limitan a:
  - Interrupción del enlace de audio/video.
  - Desconexión del enlace de audio/video
  - Una imagen que no es lo suficientemente clara para satisfacer las necesidades de la consulta
  - Manipulación electrónica.

Si se presenta alguno de estos riesgos, es posible que sea necesario detener el procedimiento.

7. La consulta puede ser vista, escuchada o grabada en video por personas médicas y no médicas para fines de evaluación, informativos, de investigación, educativos, de calidad, técnicos, o según lo requieran mi plan de cobertura de salud.

8. Usted comprende que puede presentar una queja de su proveedor ante la junta de licencias correspondiente.

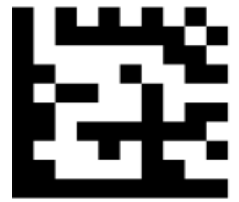
Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de este documento, asegúrese de preguntarle a su enfermera o personal de atención médica proveedor.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for Apellido del Niño(a)

Apellido del Niño(a)

Grid for Nombre del Niño(a)

Nombre del Niño(a)

Grid for Segundo Nombre del Niño(a)

Segundo Nombre del Niño(a)

Grid for Fecha de Nacimiento del Niño(a)

\*Solamente niños menores de 18 años.

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Grid for Dirección del Niño(a), Calle

Dirección del Niño(a), Calle

Grid for Apartamento #

Apartamento #

Grid for Teléfono

Teléfono

Grid for Ciudad

Ciudad

Grid for Estado Código Postal

Estado Código Postal

Grid for Condado

Condado

Grid for Nombre de la Madre

Nombre de la Madre

Grid for Apellido de Soltera de la Madre

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad).

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2").

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group - MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

Escriba con letra de molde

Fecha

Firma

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla.

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.

**Texas Tech University Health Sciences Center**  
**Solicitud del paciente para acceder a su información**  
**médica**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Número de historia clínica: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si desea obtener una copia de su historia clínica, complete el siguiente formulario.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Deseo que Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) (seleccione una opción):

- Me proporcione una copia de mi información médica  
 Envíe mi historia clínica a:  Obtenga la información de:

(Nombre del centro, la persona, la empresa) (Dirección o PO Box, Ciudad, Estado, Código postal)

(Teléfono) (Número de fax)

(Dirección de correo electrónico)

Deseo que se divulguen las siguientes fechas de prestación del servicio: \_\_\_\_\_

**Información que se divulgará:**

Todos los informes (la historia clínica completa)

**Únicamente los tipos de informes seleccionados a continuación:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas clínicas o de evolución | <input type="checkbox"/> Régimen de visitas  |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio       | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____  |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunación        | <input type="checkbox"/> Informes de facturación (fechas)  |
| <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos      | <input type="checkbox"/> Conjunto de informes de rutina (señale las fechas de prestación del servicio) _____<br>(visitas al consultorio, laboratorio, radiología, medicamentos, vacunas) |

**Acepto que la siguiente información puede divulgarse o usarse únicamente de la forma que se indica a continuación:**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Resultados de análisis, diagnóstico, tratamiento e información relacionada con SIDA/VIH              | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. Resultados de análisis de drogas, e información acerca del uso de drogas y alcohol, y su tratamiento | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. Información de su salud mental   | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. Estudios genéticos   | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Deseo que estos informes tengan el siguiente formato (seleccione una opción):

- CD cifrado, contraseña \_\_\_\_\_  CD no cifrado  
 USB cifrado, contraseña \_\_\_\_\_  USB no cifrado  
 Electrónico  
 Copia impresa  
 Otro: \_\_\_\_\_

Deseo que (seleccione una opción):

- Me los envíen por correo  
 Me los envíen por correo electrónico seguro  
 Me los envíen por correo electrónico personal (no seguro)  
 Me los envíen por fax a: \_\_\_\_\_  
 Los preparen para que los recoja \_\_\_\_\_

**Si solicita que le enviemos su historia clínica de forma no cifrada a su correo electrónico personal, usted reconoce y acepta el riesgo que implica que su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) se transmita por un medio de comunicación no seguro.**

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota: Si el paciente no es legalmente capaz o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este documento en nombre del paciente (se puede solicitar un comprobante por escrito)**

**To be completed by TTUHSC:**

Date of release: \_\_\_\_\_ via  Mail  Fax  Other \_\_\_\_\_

ID Verified  DL/Other ID \_\_\_\_\_

Employee Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_