

<p>UTHealth Houston Behavioral Sciences Campus  (Campus de Ciencias del Comportamiento de UTHealth Houston)  P.O. BOX 20249  Houston, Texas 77225-0249</p> <p><b>AUTORIZACIÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN  CONTENIDA EN EL HISTORIAL MÉDICO</b></p>	<p>Liberación de información</p> <p>Número de fax 713-383-3749</p> <p>Número principal 713-741-7888</p> <p>correo electrónico BSCMedRecords@uth.tmc.edu</p>
---	---

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ HISTORIAL MÉDICO# \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Autorizo a Campus de Ciencias del Comportamiento de UTHealth Houston a que revele la información sobre la salud o  
(Nombre de la Institución)

la información del historial médico especificada a continuación. Soy consciente de que si la información sobre la salud o el historial médico contuviera información sobre el diagnóstico o tratamiento del alcoholismo, abuso de drogas y/o adicción, o sobre una enfermedad contagiosa o transmitida sexualmente (incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana), la presente autorización incluye asimismo la autorización para revelar dicha información.

**Autorizo el uso o revelación de la siguiente información:**

Resumen del Alta       Historia y Físico       Informes del Laboratorio  
 Notas sobre el Progreso       Órdenes del Doctor       Evaluación Psicológica  
 Informe de Consultas       Otros \_\_\_\_\_

**Solicito dicha información con el siguiente propósito: (Por favor, marque con un círculo)**

1. Rellenar una reclamación para el seguro      2. Seguir recibiendo tratamiento de otro doctor o institución médica  
3. Determinar la discapacidad      4. A petición del interesado      5. Otros (especifique en la línea)

**Autorizo que la información sea revelada a la siguiente persona u organización:**

Nombre de la persona u organización \_\_\_\_\_ Número de teléfono/fax \_\_\_\_\_

Dirección Ciudad, Estado, código postal \_\_\_\_\_

**Posibilidad de Revelar la Información a Terceros**

La información que será revelada proviene de informes cuya confidencialidad está protegida por Ley Federal. Las leyes Federales (42 CFR Part 2) prohíben que el recipiente del presente informe lo comparta con otros sin el específico consentimiento escrito de la persona a quien pertenecen los informes, o de la manera permitida por dichas leyes.

**Caducidad de la Autorización:**

Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_ o Evento que supondría la caducidad: \_\_\_\_\_

NOTA: Entiendo que, a menos que elija una fecha de autorización específica, esta autorización tendrá una vigencia de noventa días, a menos que la revoque antes.

**Derecho a Poner Fin o Revocar la Autorización**

Puedo revocar o rescindir esta Autorización presentando una revocación por escrito. Excepción: cuando revoco una autorización, la revocación solo es válida desde el momento en que Campus de Ciencias del Comportamiento de recibe la revocación. La revocación no tiene efecto sobre la información que ya ha sido divulgada.

Entiendo que Campus de Ciencias del Comportamiento de UTHealth Houston no puede obligarme a firmar este documento y, si me niego a firmar esta autorización, no puede negarse a tratarme.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (en el caso del Representante)

\_\_\_\_\_  
Firma de un testigo