

**METHODIST DALLAS MEDICAL CENTER**  
1441 N. Beckley Ave., Dallas TX 75203  
Phone 214-947-2800 Fax 214-947-7632

**METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER**  
2831 E. President George Bush Hwy., Richardson, TX 75082  
Phone 469-204-0500 Fax 214-947-7632

**MDMC GOLDEN CROSS ACADEMIC CLINIC**  
122 W Colorado Blvd, Dallas, TX 75208  
Phone: 214-947-6700 Fax: 214-947-7632

**METHODIST CHARLTON MEDICAL CENTER**  
3500 W. Wheatland Rd., Dallas, TX 75237  
Phone 214-947-7600 Fax 214-947-7632

**METHODIST MIDLOTHIAN MEDICAL CENTER**  
1201 East U.S. Hwy 287, Midlothian, TX 76065  
Phone 469-846-6700 Fax 214-947-7632

**METHODIST CHARLTON FAMILY MEDICINE**  
3500 W Wheatland Rd, Dallas, TX 75237  
Phone: 214-947-5400 Fax: 214-947-7632

**METHODIST MANSFIELD MEDICAL CENTER**  
2700 E. Broad St., Mansfield, TX 76063  
Phone 682-242-6120 Fax 214-947-7632

**METHODIST SOUTHLAKE MEDICAL CENTER**  
421 E. State Hwy 114, Southlake, TX 76092  
Phone 682-335-0500 Fax 682-335-0506

**METHODIST CELINA MEDICAL CENTER**  
1500 S. Dallas Pkwy, Celina, TX 75009  
Phone: 945-677-5810 Fax: 214-947-7632

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA  
CUANDO LLENE ESTE FORMULARIO, ENVÍELO A MHSROI@MHD.COM**

Nombre de la persona autorizada para hacer esta solicitud (es decir, su nombre): \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección postal del paciente: \_\_\_\_\_  
Ciudad y estado del paciente: \_\_\_\_\_ Código postal del paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono residencial del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nac. del paciente: \_\_\_\_\_ Edad del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo del paciente: \_\_\_\_\_  
Núm. de seguro social del paciente: \_\_\_\_\_ Núm. de expediente médico del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_

1. Autorizo a la organización indicada abajo a usar la información médica del paciente indicada arriba y a divulgarla a la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(ones) por medio de los métodos siguientes de entrega y para los siguientes fines.

**Nombre de la persona/organización que recibe la información médica protegida:** \_\_\_\_\_

**Método preferido de entrega (debe marcar por lo menos uno):**

- Enviar por correo postal a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico cifrado (tenga en cuenta que si el tamaño del archivo es demasiado grande para enviarlo por correo electrónico, nos comunicaremos con usted sobre un método alternativo de entrega)  
 Recoger en persona en el hospital  
 MyChart (electrónicamente y solo se recibirá parte del expediente médico)  
 Otro método de entrega: \_\_\_\_\_

**Propósito de la divulgación (debe marcar por lo menos uno):**

- Uso personal    Tratamiento/Continuar la atención médica    Facturación o reclamación    Seguro    Centro de estudios  
 Empleo    Fines legales    Determinación de discapacidad    Otro: \_\_\_\_\_

2. **El tipo y la cantidad de información que se usará o divulgará es la siguiente: (Marque lo que corresponda)**

- Exp. médico completo**    Resumen del alta    Medicamentos anteriores/actuales    Procedimientos operatorios    Informes de patología  
 Informes de consultas    Informes de lab.    Informes de imágenes    Información de facturación    CD de imágenes con Informe  
 Ecocardiografía    Alergias del paciente    Informes de clínicas    Informes de sala de emerg.    Informes de evolución  
 Historial y examen físico    Laminillas de patología    Otro: \_\_\_\_\_

3. Entiendo que la información en el expediente médico del paciente puede contener información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios conductuales o de salud mental y acerca de tratamientos por el consumo de alcohol o drogas. **Por lo tanto, sus iniciales son necesarias para divulgar la siguiente información:**

\_\_\_\_\_ Informes de salud mental (se excluyen las notas de psicoterapia)   \_\_\_\_\_ Resultados de pruebas/tratamiento de VIH/SIDA  
\_\_\_\_\_ Informes por abuso de drogas, alcohol o sustancias   \_\_\_\_\_ Información genética (incluye los resultados de pruebas genéticas)

**Lea lo siguiente antes de firmar esta autorización:**

- **Revocación:** Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una revocación por escrito a MHSROI@mhd.com. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya se haya divulgado en virtud de esta autorización. Si deseo que esta autorización caduque en una fecha específica, o debido a un suceso o condición específicos, se lo informaré a MHSROI@mhd.com. **A menos que se revoque o se indique de otra manera a MHSROI@mhd.com, esta autorización vencerá al cabo de seis (6) meses de la fecha en que se firme.**
- **Ninguna condición:** No condicionaremos el cumplimiento de esta autorización sobre la base de pago, tratamiento, inscripción o calificación para los beneficios.
- **Continuación de la divulgación:** He leído este formulario y acepto el uso y las divulgaciones de información que se describen en el presente. Entiendo que no se verá afectada ninguna medida tomada previamente en virtud de esta autorización por parte de las entidades que tenían permiso para acceder a mi información. Entiendo que una vez que la información se divulgue conforme a esta autorización, el receptor de la misma la podrá volver a divulgar, por lo que dejaría de estar protegida por los reglamentos federales o estatales de privacidad. Entiendo que si me niego a firmar este formulario, dicha negativa no detendrá la divulgación de información médica que haya ocurrido antes de la revocación ni las otras divulgaciones permitidas por la ley.
- **Copias:** Si se envía una solicitud por escrito a MHSROI@mhd.com, entiendo que me podrían entregar una copia de este formulario después de firmarlo.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Parte responsable o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si lo firma el representante legal, relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha