

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