

**Autorización para divulgación de información
Para uso de medios, marketing y educativo**

Por la presente autorizo a Harris Health System a usar o divulgar la siguiente información. Esta autorización es voluntaria y Harris Health System no efectuará ningún pago de ningún tipo. Si me rehúso a participar, mi negativa no afectará mi capacidad o la de las personas que tengo a mi cargo de recibir asistencia médica de parte de Harris Health System. Comprendo que Harris Health System NO recibe pago alguno de ninguna fuente por el uso de mi información. Comprendo que una vez que mi información se divulgue, puede volver a divulgarse por quien la recibe y ya no estará protegida por las leyes de privacidad estatales o federales. Por la presente eximo a Harris Health System, su consejo directivo, administración, empleados y médicos afiliados de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de mi información médica o la de aquellas personas a mi cargo según lo permitido por esta autorización.

Un representante de Harris Health System o persona designada deberá completar el área sombreada como lo indique el paciente o el representante del paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono: _____ Número de registro médico: _____

Información para divulgar – que cubre el período de atención médica:

Desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____

Fecha en que vence la divulgación (*si se desea*): _____

Tipo de información del paciente: Marque donde corresponda

Naturaleza de la lesión o enfermedad: _____ Naturaleza del tratamiento: _____ Registros (*todos los registros, entre los que se incluyen cintas de video, fotografías, o registros electrónicos, digitales o de audio*): _____

Si existen otros, explique: _____

Motivo de solicitud: Marque donde corresponda

Medios: _____ Marketing: _____ Uso educativo: _____ Si existen otros, explique: _____

Mi información médica puede divulgarse a:

Nombre: _____ Organización/Medio: _____

Divulgación de información sobre uso de alcohol y drogas, información psiquiátrica o información sobre VIH/SIDA:

Comprendo que esta información puede contener referencias al uso de drogas o alcohol, atención psiquiátrica, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, pruebas de hepatitis B o C, u otra información sensible, y autorizo específicamente la divulgación de dicha información. *Marque una opción.* Sí _____ No _____

Vencimiento/Retiro de la autorización:

Esta autorización vencerá el 31 de diciembre de _____ (20 años desde el año en que se firme este documento), a menos que el paciente sea menor, en cuyo caso esta autorización vencerá cuando el paciente cumpla los 18 años de edad. Comprendo que esta autorización puede ser revocada por mí o por mi representante personal mediante notificación escrita y fechada. Para retirar mi autorización, escribiré a: Harris Health System HIM/Medical Records, Authorization Withdrawal P.O. Box 66769, Houston, TX 77266--6769.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Si un representante personal firma en nombre del individuo, complete lo siguiente:

Nombre del representante: _____ Relación: _____