

**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: \_\_\_\_\_