Sección A: esta sección debe completarse para solicitar todo tipo de autorización

Nombre del paciente:	**Fecha de nacimiento:**	**Últimos 4 dígitos del N.° de Seguro Social:**

Nombre del proveedor:

OU Medical System

OU Medical Center | The Children's Hospital | OU Medical Center Edmond

Nombre del destinatario:

Domicilio 1:

Domicilio del proveedor:

OU Medical Center

1200 Everett Drive

Oklahoma City, Oklahoma 73104

Teléfono: 405-271-6892 Telefax: 405-271-3072

Domicilio 2:

Ciudad:	**Estado:**	**Código postal:**

Teléfono del paciente:

Solicitar entrega (si queda en blanco, se entregará una copia impresa): ☐ Copia impresa ☐ Medio electrónico, si lo hubiera disponible (p.ej. disco USB, CD/DVD, eDelivery) ☐ Correo electrónico encriptado ☐ Correo electrónico no encriptado **NOTA:** Si el centro no pudiera hacer la entrega electrónica solicitada, se proporcionará un método de entrega alternativo (p.ej, copia impresa). **Hay ciert nivel de riesgo de que un tercero vea su PHI sin su consentimiento si la recibe por medios electrónicos o correo electrónico no encriptado. No nos hacemos responsables por el acceso no autorizado de la PHI contenida en este formato o los riesgos (p.ej. virus) potencialmente introducidos en su computadora/dispositivo por recibir la PHI en formato electrónico o correo electrónico.**

Correo electrónico (si marcó correo-e anteriormente, escribir en letra imprenta legible):

A menos que se establezca un plazo de tiempo más corto, esta autorización expirará 180 días después de la fecha de su firma: (escriba la fecha o el acontecimiento, pero no ambos).

Fecha: 180 Días **Acontecimiento:**

Objeto de la divulgación:

Descripción de la información que se utilizará o divulgará

¿Esta solicitud está destinada a las notas de psicoterapia? ☐ Sí; en ese caso, este es el único ítem que puede solicitar en la presente autorización. Debe presentar otra autorización para solicitar los demás ítems que se muestran a continuación. ☐ No, en ese caso, puede marcar tantos ítems como sea necesario.

Descripción:	***Fecha(s):***	***Descripción:***	***Fecha(s):***	***Descripción:***	***Fecha(s):***
☐ Toda la PHI que contiene la historia clínica ☐ Formulario de internación ☐ Informes de dictados ☐ Órdenes del médico ☐ Ingreso/Egreso ☐ Análisis clínico ☐ Hojas de medicamentos		☐ Información operativa ☐ Laboratorio de cateterismo ☐ Terapia/análisis especial ☐ Tiras de ritmo ☐ Información de enfermería ☐ Formularios de transferencias ☐ Información de la sala de urgencias		☐ Resumen de trabajo de parto/parto ☐ Evaluación de enfermería obstétrica ☐ Hoja del flujo posparto ☐ Factura desglosada: ☐ UB-04: ☐ Información ECT o de psiquiatría: ☐ Otro:	

Reconozco que es posible que la información divulgada contenga datos sobre SIDA o resultados de VIH, análisis de VIH, resultados psiquiátricos e información sobre el consumo de drogas y de alcohol. Asimismo, por la presente, presto mi consentimiento respecto de dicha información divulgada. _____ (Firme con las iniciales)

Comprendo que:

1. Puedo rehusarme a firmar esta autorización y que la firma de dicha autorización es estrictamente voluntaria.
2. Mi tratamiento, el pago, la inscripción o la calidad de resultar elegible para obtener beneficios no podrá estar condicionado a la firma de esta autorización.
3. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero, de hacerlo, no producirá efecto alguno sobre los actos llevados a cabo con anterioridad a la recepción de dicha revocación. Puedo encontrar más información en el Aviso sobre prácticas de privacidad.
4. Si el solicitante o el receptor no es un prestador de planes de salud o de atención sanitaria, es posible que la información publicada ya no reciba la protección de las normas federales sobre privacidad y que pueda volver a ser divulgada.
5. Puedo ver y obtener una copia de la información descripta en este formulario, a cambio del pago de una tarifa razonable por dicha copia, en el caso de que la solicite.
6. Obtengo una copia de este formulario después de firmarlo.

Sección B: ¿el pedido de la PHI se presenta a efectos de marketing y/o implica la venta de PHI? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, el prestador de planes de salud o de atención sanitaria debe completar la Sección B; de lo contrario, debe pasar directamente a la Sección C.

¿El destinatario recibirá algún tipo de compensación financiera o en especie a cambio del uso o de la divulgación de esta información? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, especifíquela aquí:

¿El destinatario de la PHI puede ofrecer la información a cambio de remuneración monetaria? ☐ Sí ☐ No

Sección C: Firmas

He leído la información precedente y autorizo la divulgación de la información protegida sobre salud de la manera indicada.

Firma del paciente/representante del paciente:	**Fecha:**
Aclaración de la firma del paciente/representante del paciente:	**Relación con el paciente/representante del paciente:**