

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA
 Developed for Texas Health & Safety Code § 181.154(d)

Nombre de Paciente _____

Otros nombres usados _____
 Fecha de nacimiento Mes _____ Dia _____ Ano _____
 Dirección _____
 Ciudad _____, Estado _____ Código postal _____
 Teléfono (____) _____ Numero alternativo (____) _____
 Correo electrónico (Opcional): _____



Autorizo a las siguientes para revelar al individuo información de salud protegida

Persona/Organización nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono (____) _____ Fax(____) _____

¿Que puede recibir y utilizar la información de?

Persona/Organización nombre: Las Palmas Medical Center Transplant Services Dirección:
1700 N Oregon Ste 680
 Ciudad: El Paso Estado: Texas Código Postal 79902
 Teléfono: (915) 521-1828 .Fax: (915) 599-4381

PERIODO DE TIEMPO EFECTIVO: Esta autorización es valida hasta antes de la ocurrencia de la muerte del individuo, el alcanzar los la edad de la mayoría; o permiso es retirado; o la siguiente fecha especifica (opcional): mes: _____ Dia _____ Ano _____
 DERECHO A REVOCAR: Entiendo que puedo retirar mi autorización en cualquier momento por normación indicando mi intención de revocar esta autorización por escrito a la persona o la organización denominada en quien puede recibir y usar la salud información. Lo entiendo acciones previas adoptadas al amparo de esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud no serán afectados.

FIRMA AUTORIZACION: HE LEIDO ESTE FORMULARIO Y OEACUERDO A LOS USOS Y DIVULGACIONES DELA INFORMACION COMO SE DESCRIBE. Entiendo que negarse a firmar esta forma no deja de revelar información de salud que se ha producido antes de la caducidad o es permitido por el lay sin mi autorización o permiso, incluyendo divulgacion a entidades cubiertas conforme a lo dispuesto de salud de Texas.

MOTIVO DE LA DIVULGACION: continuación de la atención médica y tratamiento

¿QUE INFORMACION PUEDE SER REVELADA? Completar las siguientes indicando los elementos que desea que divulgue. La firma de un paciente menor de edad se requiere para la liberación de algunos de estos artículos. Si toda información de salud de ser liberando, entonces la casilla solo primera.

Toda información de salud

Consultación de examen físico historia	informes de consulta	ECG/Cardiología
Medicamentos de pasado, presente	Notas de progreso	Informaste de patología
Laboratorio Resultados	Descarga resumen	Informes de radiología
Informes operativos	Informes de prueba de diagnóstico	otra _____

Sus iniciales son necesarias para liberar la siguiente información:

___ registros de salud mental (excepto notas de psicoterapia) _____ información genética (incluyendo resultados de la prueba genética)
 ___ drogas, alcohol o abuso de sustancias los registros _____ tratamiento o resultados de prueba de VIH/SIDA

FIRMA X _____

Firma del individuo o persona de representante legalmente autorizado. FECHA: _____
 impreso nombre del legal representante autorizado (si corresponde) _____

Si es representante, especificar relación al individuo: ___padres de menor de edad ___guarda ___otra
 Firma de la persona menor de edad se requiere para la liberación de ciertos tipos do información. coma, por ejemplo, la Liberación de información relacionada a ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y de drogas, alcohol o abuso de sustancias y trataríamos de salud mental. (See, e.g., Tex. Fam. Code§ 32.003).
 FIRMA X _____

FIRMA DE LA PERSONA MENOR OEEDAQ. _____, FECHA:

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Developed for Texas Health & Safety Code § 181.154(d)

NAME OF PATIENT OR INDIVIDUAL

Last First Middle
OTHER NAME(S) USED _____
DATE OF BIRTH Month _____ Day _____ Year _____
ADDRESS _____
CITY _____ STATE _____ ZIP _____
PHONE: (____) _____ ALTERNATE PHONE: _____
EMAIL ADDRESS (Optional): _____



I AUTHORIZE THE FOLLOWING TO DISCLOSE THE INDIVIDUAL'S PROTECTED HEALTH INFORMATION:

Person/Organization Name _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Phone (____) _____ Fax (____) _____

WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION?

Person/Organization Name: Las Palmas Medical Center Transplant Services

-Address: 1700 N Oregon Ste 680

City: El Paso State TX Zip Code 79902 Phone: (915) 521-1828 Fax: (915) 599-4381

EFFECTIVE TIME PERIOD. This authorization is valid until the earlier of the occurrence of the death of the individual; the individual reaching the age of majority; or permission is withdrawn; or the following specific date (optional): Month _____ Day _____ Year _____

RIGHT TO REVOKE: I understand that I can withdraw my permission at any time by giving written notice stating my intent to revoke this authorization to the person or organization named under "WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION: I understand that prior actions taken in reliance on this authorization by entities that had permission to access my health information will not be affected.

SIGNATURE AUTHORIZATION: I have read this form and agree to the uses and disclosures of the information as described. I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of health information that has occurred before revocation or that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission, including disclosures to covered entities as provided by Texas Health & Safety Code § 181.154(c) and/or 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). I understand that information disclosed under this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws. REASON FOR DISCLOSURE: continuation of medical care and treatment

WHAT INFORMATION CAN BE DISCLOSED? Complete the following by indicating those items that you want disclosed. The signature of a minor patient is required for the release of some of these items. If health information is to be released, then check only the first box.

All health information	Consultation Reports	EKG/Cardiology Reports
History/Physical Exam	Progress Notes	Pathology Reports
Past/Present Medications	Discharge Summary	Radiology Reports & Images
Lab Results	Diagnostic Test Reports	Other _____
Operation Reports		

Your initials are required to release the following information:

____ Mental Health Records (excluding psychotherapy notes) Genetic Information (including Genetic Test Results)
____ Drug, Alcohol, or Substance Abuse Records HIV/AIDS Test Result/treatment

SIGNATURE X _____

Signature of Individual or Individual's Legally Authorized Representative DATE: _____

Printed Name of Legally Authorized Representative (if applicable): _____

If representative, specify relationship to the individual: Parent of minor Guardian other

- A minor individual's signature is required for the release of certain types of Information, including, for example, the release of information related to certain types of reproductive care, and sexually transmitted diseases. and drug, alcohol, or substance abuse, and mental health treatment (See, e.g., Tex. Fam.

SIGNATURE X _____

Signature of Minor Individual DATE: _____

TRANSPLANT REFFERAL FORM

Instructions: Complete ALL sections of the referral form. Fax to 915-599-4381 Attn: Gabi Lopez

Section 1: PATIENT INFORMATION

Last Name:	First Name:	Social Security #:
Address:	Phone:	DOB:
City:	State:	Zip Code:
Height:	Dry Weight (most current):	Calculated BMI:

Section 2: NEPGROLOGY INFORMATION

Referring Nephrologist:	Previous transplants?: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES – Date:		
	Location:	Type: <input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Other	

Is the patient on Dialysis?	YES	Dialysis Center:	Type of Dialysis? <small>Hemodialysis PD</small>
	NO		
Is the patient listed on another Transplant Program?	History of Non-Compliance:		Does the patient have literacy skill problems?
NO	<small>NONE Appointments Rx Dialysis Diet Other</small>		<small>None Unknown Low literacy skills</small>
YES – Center:			Does the patient have financial issues?
			NO
			YES

Section 3: FINCANCIAL INFORMATION

Does the patient have.....?	NO	YES	ID#:	Company
Medicare				<small>Reason: ESRD DISABILITY AGE</small>
Medicare Part D				
Medigap				
MEDICAID				
Commercial Insurance				
Texas KHC				

Section 4: REQUIRED DOCUMENTATION – You must submit the following to begin the process

- | | |
|---|--|
| • | Demographic sheet wuth (2) two working contact numbers |
| • | Copy of patient’s most recent medications and vaccinations |
| • | Legible copy of all INSURANCE cards (Front and Back) |
| • | Legible copy of SOCIAL SECURITY card/resident alien card |
| • | Legible copy of PHOTO ID (e.g. drivers license, Front only) must be U.S. state or federal |

- **History and Physical from referring Nephroloist (dictated within a year referral date)**

Patients preferred language

*****DIALYSIS PATIENTS ONLY*****

- **Copy of HCFA 2728 (Dialysis Patients Only)**

Email: Gabriela.Lopez2@hcahealthcare.com Transplant Referral Coordinator (915) 264-77819

PLEASE VERIFY ALL REQUIRED DOCUMENTS ARE FILLED OUT COMPLETELY AND SUBMITTED.