

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Desarrollado por el Código de Seguridad-Salud de Texas §181.154(d)

Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre
Nombre del paciente _____

Otros nombres usados _____

Fecha de nacimiento Mes ____ Dia ____ Año. _____

Dirección. _____

Ciudad _____, Estado _____ Código postal _____

Teléfono (____) _____ Numero alternativo (____) _____

Correo electrónico (Opcional): _____



**AUTORIZO A LAS SIGUIENTES PERSONAS PARA RECIBIR
INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Persona/Organización nombre _____, Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono (____) _____

Fax(____) _____

¿QUIEN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACION DE SALUD?

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) 264-7800 .Fax: {915} 599-4381

PERIODO DE TIEMPO EFECTIVO: Esta autorización es válida hasta antes de la ocurrencia de la muerte del individuo, el alcanzar la mayoría de edad (18 años); o el permiso es retirado; o la siguiente fecha específica (opcional): Mes: _____ Dia _____ Año _____

DERECHO A REVOCAR: Entiendo que puedo retirar mi autorización en cualquier momento indicando mi intención de revocar esta autorizacón por escrito a la persona o la organización denominada en QUIEN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACION DE SALUD. Entiendo acciones previas adoptadas al amparo de esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud y no serán afectados.

FIRMA DE AUTORIZACION: HE LEIDO ESTE FORMULARIO Y ESTOY DE ACUERDO A LOS USOS Y DIVULGACIONES DE LA 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 la ley sin mí autorización o permiso, incluyendo divulgación 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 puede ser liberada, entonces solo seleccione la primera casilla.

- Toda información de salud Informes de consulta ECG/Cardiología
- Historia de examen físico historia Notas de progreso
- Resumen de alta de hospital Medicamentos (pasado, presente)
- Informes de patología
- Resultados de laboratorio
- Informes de radiología
- Informes operativos
- Informes de prueba de diagnóstico otra _____

Porfavor ponga sus iniciales para liberar la siguiente información:

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

FIRMA X _____

Firma del individuó o representante legalmente autorizado del individuo.

FECHA: _____

Nombre impreso legal del 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 de información, 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 tratamientos de salud mental. (See, e.g., Tex. Fam. Code§ 32.003).

FIRMA X _____

FIRMA DE LA PERSONA MENOR DE EDAD. _____, FECHA: _____

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

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

Last First Middle
NAME OF PATIENT OR INDIVIDUAL _____

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 Zip Code 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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> All health information | <input type="checkbox"/> Consultation Reports | <input type="checkbox"/> EKG/Cardiology Reports |
| <input type="checkbox"/> History/Physical Exam | <input type="checkbox"/> Progress notes | <input type="checkbox"/> Pathology Reports |
| <input type="checkbox"/> Past, present medications | <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Radiology Reports |
| <input type="checkbox"/> Lab Results | <input type="checkbox"/> Operation Reports | |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic Test Reports | other_____ | |

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: _____



FORMULARIO DE REFERENCIA PARA TRASPLANTE

Complete **TODAS** las secciones del formulario de referencia. Fax: 915-599-4025 correo electrónico: LPKidneyTransplant@hcahealthcare.com

Sección 1: PATIENT INFORMATION

Apellido:	Nombre:	# Seguro Social:
Dirección:	Teléfono:	Fecha de nacimiento:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Altura:	Peso (más reciente):	IMC (índice de masa corporal) calculado:

Sección 2: INFORMACION DE NEFROLOGIA

Nefrólogo que lo refirió:	Trasplantes Anteriores?: <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SI – Fecha: _____ Ubicación: _____
Teléfono:	_____ Tipo: <input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Otro

Esta el paciente en Diálisis?	SI <input type="checkbox"/>	Centro de Diálisis:	Tipo de Diálisis? Hemodiálisis <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>		
Esta el paciente en otro programa de Trasplante?	Historial de Incumplimiento:	Tiene el paciente problemas de habilidades de alfabetización?	Tiene el paciente problemas financieros?
NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI – Centro:	Ningún <input type="checkbox"/> Citas Medicas <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Habilidades bajas <input type="checkbox"/> de alfabetización	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

Sección 3: INFORMACION FINANCIERA

Tiene el paciente.....?	NO	SI	Número de identificación #:	Nombre de la Compañía
Medicare				Razón: ESRD DISCAPACIDAD EDAD
Medicare Part D				
Medigap				
MEDICAID				
Seguro Comercial				
Texas KHC				

Sección 4: DOCUMENTACION REQUERIDA – Envíe lo siguiente para comenzar el proceso

•	Hoja Demográfica con (2) dos números de contacto validos
•	Copia de la lista mas reciente de medicamentos y vacunas del paciente
•	Copia legible de todas las tarjetas de ASEGURANZAS (frontal y posterior)
•	Copia legible de la tarjeta de SEGURO SOCIAL/ tarjeta de residente
•	Copia legible de una IDENTIFICACION CON FOTO (por ejemplo, licencia de conducir, solo frente) debe de ser estatal o federal de EE.UU.

•	Historial y examen físico de su Nefrólogo (dictado dentro del año de la fecha de esta referencia)
	Idioma preferido del paciente
	ESTA SECCION SOLO PARA PACIENTES EN DIALISIS
•	Copia de la forma HCFA 2728 (Solo para pacientes en Diálisis)

PORFAVOR VERIFIQUE QUE TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS ESTEN COMPLETAMENTE LLENOS Y ENVIADOS por correo electrónico o fax a:

:

Correo electrónico: LPKidneyTransplant@hcahealthcare.com

FAX: 915-599-4025

Coordinador de referencia para Trasplante (915) 264-7819

PARA AUTOREFERENCIA: Por favor envíe como mínimo:

- Forma de referencia
- Tarjetas de aseguranza
- Nombre y número telefónico de su Nefrólogo
- Autorización firmada para divulgar información de salud protegida que nos permita obtener registros médicos.