



AUTORIZACION PARA USAR O DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Último Primero Medio

Dirección: _____
 Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Número de seguridad social: _____

Por la presente autorizo a Oklahoma State University Center for Health Sciences y sus agentes y empleados debidamente autorizados a

☐ **LIBERACIÓN** ☒ **OBTENER**

la información de salud protegida indicada a continuación para / desde:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____
 Dirección Ciudad Estado Código postal

Información a Divulgar /Divulgado: Registros entre las fechas de _____ y _____

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Historia del paciente | ☐ Informes de laboratorio | ☐ Películas e informes de mamografías | ☐ Informes de radiología |
| ☐ Registros de vacunación | ☐ Informes de patología | ☐ Películas e informes de ultrasonido | ☐ Películas e informes de rayos X |
| ☐ Registros de facturación | ☐ Registros de salud mental | ☐ Registros de abuso de sustancias | ☐ Conjunto completo de registros designados |
| ☐ Notas de psicoterapia (si marca esta casilla, no se pueden marcar otras) | | ☐ Otro: _____ | |

Propósito del uso o divulgación solicitados: ☐ Seguro ☐ Atención continua ☐ Legal ☐ A solicitud del paciente o representante

☐ **Otro (indique el motivo específico)** _____

Entiendo:

- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud de cancelación por escrito a la Oficina de Cumplimiento de OSU-CHS, 717 S. Houston Ave., Suite 510, Tulsa, OK 74127. La cancelación no se aplicará a la información que ya ha sido utilizada o divulgada en base a esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- A menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de un reclamo de beneficios, la firma de esta autorización no afectará mi elegibilidad para beneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamos.
- Mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad transmisible y / o no transmisible que puede incluir, pero no está limitada a, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH o SIDA y / o pueden indicar que estoy recibiendo tratamiento o que he recibido tratamiento psicológico o condiciones psiquiátricas o abuso de sustancias.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por normas de privacidad
- A menos que se solicite un tratamiento continuo, es posible que se me cobren costos y gastos de envío razonables

Esta autorización vence automáticamente seis meses después de la fecha de la firma a continuación o al ocurrir el siguiente evento:
 _____, lo que ocurra primero.

Voluntariamente doy mi consentimiento para el uso y divulgación de información de salud identificable individualmente y libero a Oklahoma State University y sus agentes y empleados debidamente autorizados de cualquier responsabilidad en relación con el uso o divulgación de la información aquí contenida.

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre impreso y autoridad del representante legal (si corresponde): _____

SÓLO PARA USO DEL TRADUCTOR: Esto es para certificar que la Autorización anterior se leyó al paciente (o representante) en su idioma nativo y todo las representaciones que aparecen en la Autorización fueron entendidas y autorizadas por el paciente (o representante)

Traductor: _____ Fecha: _____