



**THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS**  
**AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
**Apellido**                      **Primer nombre**                      **Segundo nombre**

Domicilio del hogar: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**ESPECIFIQUE LA INFORMACIÓN A DIVULGAR: la información que puede divulgarse según esta Autorización incluye:** \_\_\_\_\_

**MI INFORMACIÓN ALTAMENTE CONFIDENCIAL:**

Al marcar cualquiera de los casilleros que figuran junto a cada categoría de información altamente confidencial enumerada a continuación, autorizo específicamente el uso y/o la divulgación de la categoría de información altamente confidencial indicada junto al casillero, si cualquier información de este tipo se usará o divulgará de acuerdo con la presente Autorización:

- Información sobre salud mental o servicios para retraso mental
- Notas de psicoterapia creadas por un profesional de la salud mental
- Información referida a pruebas relacionadas con el VIH/SIDA (incluso el hecho de que se ordenara, se llevara a cabo o se reportara un análisis de VIH, independientemente de que los resultados de dichos análisis fueran positivos o negativos).
- Información acerca de enfermedades de transmisión sexual
- Información acerca de servicios del programa de tratamiento por alcoholismo o drogadicción
- Información acerca de abuso sexual
- Información acerca de maltrato y negligencia contra menores

**COPIAS PRODUCIDO EN FORMA DE:**

- Papel
- CD (electrónico)

**DESTINATARIO: nombre de la persona o de la clase de personas a quienes THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS puede divulgar mi información médica:** \_\_\_\_\_

**Domicilio del destinatario o lugar donde debe remitirse mi información médica:** \_\_\_\_\_

**PLAZO: la presente Autorización permanecerá vigente:**

- Desde la fecha de esta Autorización hasta el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 200 \_\_\_\_.
- Hasta que THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS cumpla con este pedido.
- Hasta que se produzca el siguiente evento: \_\_\_\_\_.
- Otros: \_\_\_\_\_.

**PROPÓSITO:** autorizo a **THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS** a usar o divulgar mi información médica (lo cual incluye la información altamente confidencial que he seleccionado más arriba, si la hubiera) durante el término de vigencia de esta Autorización para el (los) siguiente(s) fin(es) específico(s): [Nota: “a pedido del Paciente” es suficiente si el paciente inserta sus iniciales en la presente Autorización]

Entiendo que una vez que **THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS** divulgue mi información médica al destinatario, **THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS** no puede garantizar que dicho destinatario no volverá a divulgar mi información médica a una tercera parte. Es posible que esta tercera parte no tenga obligación de cumplir con las disposiciones de la presente Autorización o de las leyes federales y de Texas aplicables que rigen sobre el uso y la divulgación de mi información médica.

Entiendo que **THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS**, directa o indirectamente, puede recibir una remuneración de un tercero con relación al uso o la divulgación de mi información médica.

Entiendo que puedo negarme a firmar o que puedo revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en **THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS**; salvo, no obstante ello, que mi tratamiento en **THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS** fuera con el único objetivo de crear información médica para la divulgación al destinatario identificado en la presente Autorización, en cuyo caso **THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS** puede negarse a tratarme si yo no firmo esta Autorización. [Consejo para su implementación: como se comentó en la Sección II.B.7.b de la Política No. \_\_\_ con referencia a las Autorizaciones, si la Organización utiliza este formulario con relación a un tratamiento referido a la investigación, (1) este párrafo debe incluir la siguiente leyenda (u otra sustancialmente similar): “Si mi tratamiento se relaciona a mi participación en un estudio de investigación, entiendo que **THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS** puede negarse a tratarme si no firmo esta Autorización” y (2) el Paciente tendría permiso para designar una fecha de vencimiento/evento de “ninguno”.]

**Tengo entendido** que esta Autorización permanecerá en plena vigencia hasta que venza su término de vigencia o hasta que yo envíe una notificación de revocación por escrito a la Oficina de privacidad de **THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS**, al domicilio consignado más abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente cuando **THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS** reciba mi notificación por escrito, salvo que la revocación no tenga ningún efecto sobre toda acción que **THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS** hubiera efectuado confiando en esta Autorización antes de que recibiera mi notificación escrita de revocación.

Puedo contactarme con la Oficina de Privacidad de **THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS** por correo a 1625 Medical Center Drive, El Paso, TX 79902, O hablando con Alma Terrazas, por teléfono, llamando al (915)577-7533 o por correo electrónico, a [alma.terrazas@tenethealth.com](mailto:alma.terrazas@tenethealth.com).

He leído y comprendo los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y de la divulgación de mi información médica. Al firmar el presente, autorizo consciente y voluntariamente a **THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, SIERRA CAMPUS** para que use o divulgue mi información médica de la forma descrita con anterioridad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nota: si el paciente es menor de edad o por algún otro motivo no pudiera firmar esta Autorización, obtener las siguientes firmas:

---

Firma del representante personal autorizado

---

Relación con el paciente

---

Fecha