

**Autorización para revelar de forma verbal
información médica protegida a personas designadas**

*Authorization for Verbal Release of Protected
Health Information to Designated Persons*

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

N.º de expediente médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

POR PEDIDO DEL PACIENTE, ESTA AUTORIZACIÓN LE DA PERMISO A UT SOUTHWESTERN MEDICAL CENTER A COMUNICARSE EN PERSONA O POR TELÉFONO CON LAS SIGUIENTES PERSONAS, DESIGNADAS POR EL PACIENTE, PARA QUE AYUDEN CON LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL PACIENTE. ESTA AUTORIZACIÓN SE REFIERE ÚNICAMENTE A INFORMACIÓN VERBAL Y NO ES VÁLIDA PARA COMPARTIR EL EXPEDIENTE MÉDICO POR ESCRITO.

AUTORIZO A UT Southwestern Medical Center a compartir mi información médica con las personas listadas a continuación (“Personas designadas”) para los siguientes propósitos: confirmar mis citas de forma oral; hablar de los resultados de mis radiografías, análisis de laboratorio u otras pruebas; recoger muestras de medicamentos o recetas escritas para mí; hablar de mi atención médica, diagnóstico, pronóstico y planes de tratamiento, y debatir la facturación y el pago de los servicios médicos que presta UT Southwestern Medical Center.

Escriba en letra de molde la siguiente información para cada persona designada:

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ciudad Estado Código postal

Otro teléfono: _____

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ciudad Estado Código postal

Otro teléfono: _____

ENTIENDO que esta autorización se aplica a todos los departamentos, proveedores de atención médica o empleados de UT Southwestern Medical Center.

ENTIENDO que esta autorización es voluntaria.

ENTIENDO que en situaciones en las que esté incapacitado o en una emergencia, UT Southwestern puede revelar verbalmente mi Información Personal de Salud (PHI, por sus siglas en inglés) sin mi autorización a las personas involucradas en mi cuidado o en el pago.

ENTIENDO que una vez que esta información se comparta con las personas designadas, estas podrían volver a compartirla y ya no estaría protegida según las leyes de privacidad federales o estatales.

ENTIENDO que esta autorización estará vigente durante toda mi vida, a menos que yo la cancele, y durante un año después de mi muerte. También entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración de cancelación por escrito a:

UT Southwestern Medical Center
Release of Information Department
5323 Harry Hines Blvd.
Dallas, TX, 75390-8525

Si cancelo la autorización no tendrá ningún efecto en ninguna de las medidas que UT Southwestern Medical Center haya tomado antes de que se procesara la cancelación.

ENTIENDO que si me rehúso a firmar esta autorización, los servicios de atención médica que reciba en UT Southwestern Medical Center no se verán afectados.



**Autorización para revelar de forma verbal
información médica protegida a personas designadas**

*Authorization for Verbal Release of Protected
Health Information to Designated Persons*

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

N.º de expediente médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO LAS AFIRMACIONES PRESENTES EN ELLA. ENTIENDO QUE UT SOUTHWESTERN MEDICAL CENTER ME DARÁ UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN FIRMADO.

Firma del paciente Nombre del paciente en letra de molde Hora (a. m./p. m.) Fecha

SI EL PACIENTE TIENE UN REPRESENTANTE LEGAL, COMPLETE ABAJO:

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Nombre del representante legal en letra de molde: _____

Relación con el paciente: _____

Firmando esta autorización, certifico que tengo la autoridad legal para actuar como el representante legal del paciente que se menciona arriba.*

Firma de representante legal Hora (a. m./p. m.) Fecha

**Puede exigirse evidencia de la autoridad legal. Para obtener más información sobre las competencias necesarias para actuar como representante legal de un paciente, consulte las directrices de UT Southwestern Medical Center para representantes legales.*