

**CORRECTIONAL MANAGED HEALTH CARE
 DIVISION DE SERVICIOS DE SALUD (TDCJ)**

AUTORIZACION PARA DIVULGACION Y USO DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Nombre del Paciente (print):
 Unidad:

nfractor #:
 Fecha de nacimiento:

Yo comprendo que al firmar esta forma, estoy dando mi autorizacion al personal a cargo de expedientes medicos de TDCJ o cualquier otra entidad que posea mi expediente medico para el uso y/o divulgacion de informacion de salud protegida (PHI) , como se describe a mas detalle en los siguientes parrafos, la persona (s) u orgranizacion (es)

Nombre de persona(s) u Organizacion (es): _____
Calle y numero: _____
Ciudad, Estado y zona postal: _____
Telefono: _____
Fax: _____

Yo especificamente autorizo el uso y divulgacion de la siguiente informacion protegida (PHI):

(Favor de describir a detalle la informacion particular que esta autorizando sea divulgada o compartida)

Cual es el proposito de la autorizacon para compartir PHI: (por ejemplo: continuidad de atencion medica, razones personales, revision legal)

La informacion a ser usada o divulgada de acuerdo a esta forma de autorizacion puede incluir informacion relacionada a:

- (1) Sindrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o infeccion del virus de inmunodeficiencia humana ("VIH").
- (2) Tratamiento por abuso de alcohol o drogas;
- (3) Salud mental o de comportamiento asi como atencion psiquiatrica.

A menos de una revocacion temprana, esta autorizacion expirara al dia numero 730 de cuando fue firmada o de lo contrario debido a alguna de las razones especificadas a continuacion :

La autorización será anulada si soy liberado de la custodia de TDCJ antes de la fecha de vencimiento.

Yo comprendo que la informacion divulgada de acuerdo a esta autorizacion podria ser compartida de nuevo por el destinatario y podria ya no estar protegida por leyes de privacidad del estado de Texas o leyes federales..

Yo puedo inspeccionar y he recibido una copia (Las leyes de Texas establecen una tasa nominal sea cobrada por copias de expediente medicos) de la informacion usada y compartida de acuerdo a esta forma de autorizacion.

Esta autorizacion es voluntaria y puedo negarme a firmar.

En cualquier momento puedo revocar esta autorizacion solo notificando por escrito a el departamento de expedientes medicos en mi unidad de asignamiento .Aun pidiendo la revocacion comprendo que esta no tendria ningun efecto en cualquier informacion que haya sido ya usada o divulgada por TDCJ antes que mi pedido de revocacion fuese recibido por TDCJ.

Si la solicitud de divulgacion es por motivos de mercadotecnia, yo comprendo que TDCJ podria recibir remuneracion proveniente de cualquier negocio asociado que cuente con autorizacion como resultado de usar o divulgar mi PHI.

Yo comprendo que no es necesario frimar esta autorizacion a cambio de recibir tratamiento de parte de TDCJ.

Firma del paciente o representante		Fecha
Nombre del paciente		
Nombre de representante (si aplica)		

X 00000000000000000000000000000000X* #