

UBH
University Behavioral Health
Denton

Yo autorizo al University Behavior Health of Denton (UBH) a **liberar /obtener** (marque una) información médica acerca de:

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ No de Soc. Sec. _____

Dirección de Domicilio _____ Fechas de Servicio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Número Telefónico _____

Esta información va a ser liberada para/obtenida de (marque una):

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

DIRECCIÓN DE UBH:

Por favor libere la siguiente información indicada con una "X":

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historia y Exámen Físico | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Consulta de Nutrición |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio/
Rayos X | <input type="checkbox"/> Reportes Operatorios | <input type="checkbox"/> Registro de Eliminación
de Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Registro de Maternidad | <input type="checkbox"/> Notas de Psicoterapia | <input type="checkbox"/> WIC |
| <input type="checkbox"/> Planificación Familiar | <input type="checkbox"/> Notas de Trabajo
Social | <input type="checkbox"/> Otros |

Yo doy permiso especial para liberar cualquier información en cuanto a lo siguiente

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Información Médica del VIH | _____ |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatría | _____ |
| <input type="checkbox"/> Registro de Abuso de Sustancias | _____ |

INICIAL

Esta información es necesaria por los siguientes propósitos:

Completar el Cuidado Médico El Paciente Solicita la Divulgación Beneficios de Incapacidad Abogado**
 Otra** Por favor explique _____ ****Indica un precio monetario por estos servicios**

Por favor libere mi información via: Correo Postal Oralmente Recoger Fax (En casos de Emergencia solamente)
(No. de Fax _____)

El paciente, o el representante del paciente, debe leer la siguiente declaración:

Yo, el abajo firmante, entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, a excepción que hasta cierto punto la acción haya sido tomada en confianza y que en cualquier evento este consentimiento expirará en (6) meses de la fecha en la cual esta es firmada, a menos que otra fecha haya sido especificada (Otra fecha especificada _____). Yo entiendo que el suministro y los pagos para mi cuidado de salud no serán afectados si decido no firmar esta forma. Al expirarse, el University Behavioral Health of Denton (UBH), no podrá usar o liberar mi información para los propósitos nombrados arriba sin una nueva autorización. Todas las revocaciones serán enviadas a la atención del Oficial de Privacidad del UBH y una vez recibidas se pondrán en efecto.

Yo entiendo que tal información puede incluir documentos/reportes de pasados proveedores de salud involucrados en mi cuidado o tratamiento. Yo he leído esta autorización y entiendo cual información será usada o divulgada, quien puede usar y revelar la información y los destinatarios de la tal.

Yo entiendo que cualquiera de la información requerida arriba puede incluir resultados de exámenes de enfermedades transmitidas sexualmente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) si algunos fueron hechos. Además, yo entiendo que cualquiera de la información requerida arriba puede incluir resultados de alcohol y drogas (abuso de sustancias) y/o diagnóstico y tratamiento de desordenes psicológicos.

Yo entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario si pido por ella, y que puedo obtener una copia de este formulario después de haberlo firmado.

PARA EL PARTIDO QUE RECIBE ESTA INFORMACIÓN: Esta información es divulgada a usted de registros donde la confidencialidad del individuo es protegida bajo leyes federales y estatales. Si es así, Parte 2 de las regulaciones 42 CFR, prohíbe ninguna divulgación adicional sin el consentimiento escrito del individuo a quien la información pertenece, o de otra manera, como es permitido por tal regulación.

FIRMA del Paciente, o Partido Autorizado

Fecha

RELACIÓN al Paciente

TESTIGO

RAZÓN a la cual el Paciente no Firmó