



UNIVERSITY HOSPITALS & CLINICS

University Clinics

**Solicitud del Paciente para Revelar Información:  
Autorización para Transmitir Verbalmente  
Información Resguardada sobre el Estado de  
Salud a Personas Designadas**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN: XXX-XX-\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

**A PETICIÓN DEL PACIENTE, ESTA AUTORIZACIÓN LE CONCEDE PERMISO A UT SOUTHWESTERN MEDICAL CENTER PARA COMUNICARSE PERSONALMENTE O POR TELÉFONO CON LAS PERSONAS DESIGNADAS A CONTINUACIÓN POR EL PACIENTE A FIN DE QUE COLABOREN CON LOS SERVICIOS PARA LA SALUD DEL PACIENTE. ESTA AUTORIZACIÓN VALE SOLAMENTE PARA LA COMUNICACIÓN VERBAL DE INFORMACIÓN Y NO PARA LA ENTREGA POR ESCRITO DE HISTORIALES MÉDICOS.**

**YO AUTORIZO** UT Southwestern Medical Center a revelar información sobre mi estado de salud a la(s) persona(s) que aparecen a continuación ("Personas Designadas") para los siguientes fines: confirmar mis citas oralmente; conversar sobre los resultados de mis radiografías, pruebas de laboratorio y demás pruebas; recoger muestras de medicamentos o recetas médicas que son para mí; conversar sobre la atención médica que recibo, los diagnósticos, las prognosis y los planes de tratamiento; y conversar sobre la facturación y los pagos de los servicios médicos que UT Southwestern Medical Center presta.

Haga el favor de escribir en letras de molde la siguiente información sobre cada Persona Designada:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

**ENTIENDO** que esta autorización vale para todos los departamentos, proveedores de atención médica y / o empleados de UT Southwestern Medical Center.

**ENTIENDO** que esta autorización tiene carácter voluntario.

**ENTIENDO** que, una vez que la referida información se le(s) haya comunicado a la(s) Persona(s) Designada(s), existe la posibilidad de que éstas a su vez la vuelvan a divulgar y que por lo tanto no goce más de la protección de las leyes estatales o federales sobre privacidad.

**ENTIENDO** que, a menos que yo revoque esta autorización, su vigencia se extiende a toda mi vida y hasta a un año después de mi fallecimiento. También entiendo que puedo revocarla en cualquier momento con tal sólo enviar una declaración de revocación por escrito a:

UT Southwestern Medical Center  
Release of Information Department  
5323 Harry Hines Blvd.  
Dallas, TX, 75390-8864

De revocarla, esta autorización no tendrá ningún efecto en ninguna acción que UT Southwestern Medical Center haya tomado antes de procesar tal revocación.

**ENTIENDO** que mi rechazo a firmar esta autorización no afectará negativamente los servicios de atención médica que yo reciba en UT Southwestern Medical Center.



UNIVERSITY HOSPITALS & CLINICS

University Clinics

**Solicitud del Paciente para Revelar Información:  
Autorización para Transmitir Verbalmente  
Información Resguardada sobre el Estado de  
Salud a Personas Designadas**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN: XXX-XX-\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

**AL FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN RECONOZCO HABER LEÍDO Y ENTENDIDO LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN ESTE DOCUMENTO. ENTIENDO QUE UT SOUTHWESTERN MEDICAL CENTER ME ENTREGARÁ UNA COPIA FIRMADA DE ESTA PLANILLA DE AUTORIZACIÓN.**

**PACIENTE:**

Nombre en letras de molde: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE TIENE UN REPRESENTANTE LEGAL, COMPLETE LO SIGUIENTE:**

Nombre del Paciente en letras de molde: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal en letras de molde: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Al firmar esta autorización, declaro tener autoridad legal para ejercer las funciones de representante legal del paciente arriba mencionado.\*

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*\*Es posible que se deban presentar pruebas de la autoridad legal. Para obtener más información sobre los requisitos necesarios para ejercer las funciones de representante legal de un paciente, lea las Normas Generales de UT Southwestern Medical Center para Representantes Legales.*

**Revocación de la Autorización**

**Esta sección se debe completar SOLAMENTE en el caso en que el paciente desee revocar la autorización que aparece arriba después de haberla firmado.**

Al firmar continuación, revoco esta autorización. Entiendo que esta revocación tendrá validez a partir del momento en que UT Southwestern Medical Center la reciba, salvo en la medida en que UT Southwestern Medical Center ya haya dependido de tal autorización antes de recibir mi aviso de revocación.

Persona(s) designada(s) a quien(es) se le(s) revoca la autorización: \_\_\_\_\_

**PACIENTE:**

Nombre en letras de molde: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE TIENE UN REPRESENTANTE LEGAL, COMPLETE LO SIGUIENTE:**

Nombre del Paciente en letras del molde: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal en letras de molde: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Al firmar esta autorización, declaro tener autoridad legal para ejercer las funciones de representante legal del paciente arriba mencionado.\*

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*\*Es posible que se deban presentar pruebas de la autoridad legal. Para obtener más información sobre los requisitos necesarios para ejercer las funciones de representante legal de un paciente, lea las Normas Generales de UT Southwestern Medical Center para Representantes Legales.*

**This Section for Internal Use Only**

Date revocation received: \_\_\_\_\_ Date revocation processed: \_\_\_\_\_

Name of employee processing request: \_\_\_\_\_

