Autorizacion para compartir informacion Privada de historial de salud y expediente medico. (PHI)
Para: Proveedores de salud bajo contrato con TDCJ

Nombre del Paciente: **<~PATIENT_NAME~>** **TDCJ #:** **<~MRN~>**

Fecha de Nacimiento: **<~PATIENT_DOB~>**

En el presente me encuentro encarcelado y recibiendo tratamiento medico dentro del Departamento de Justicia Criminal de Texas (TDCJ). Esta autorizacion es para proveer mi expediente medico a los proveedores de salud bajo contrato de TDCJ para la continuidad de mi cuidado y tratamiento de salud.

Autorizo compartir mi expediente medico DE : _____

_____

_____

Por favor mandar expediente medico solicitado A : _____

_____

_____

Yo autorizo especificamente a los proveedores de salud bajo contrato con TDCJ para obtener mi expediente medico - PHI: (Descripcion de las secciones del expediente medico que usted pide sean compartidos (liberados) a los proveedores de salud bajo contrato con TDCJ asi como fechas y/o periodo de la informacion solicitada)

Expediente completo	_____	Historial Hospitalario	_____
Historial clinico	_____	Reportes de Radiologia	_____
Reportes de Laboratorio	_____	Reportes de cirugia	_____
Cartilla de vacunacion	_____	Reporte de Alta	_____
Otros	_____		

Al firmar este documento Yo comprendo que estoy dando mi autorizacion a los proveedores de Salud bajo contrato de TDCJ para recibir y/o accesar toda my informacion privada de Salud (PHI) relacionada con mis examenes, diagnostico o tratamiento. Entiendo que mi consentimiento es requerido para liberar cualquier informacion relacionada con el examen , diagnostico o tratamiento del VIH (virus del SIDA), enfermedades de transmission sexual , problemas psiquiatricos o de salud mental, o uso de drogas o alcohol. Usted esta especificamente autorizado para compartir toda informacion relacionada con tales diagnosticos,examenes o tratamiento. Yo puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento deseado. Yo comprendo que esta revocacion no tendra ningun efecto en la informacion que ha sido usada o dada por/para los proveeedores de salud bajo contrato de TDCJ antes de que mi solicitud de revocacion por escrito fuera recibida. Yo comprendo que la informacion compartida con el uso de esta autorizacion podra ser compartida nuevamente por los proveedores de salud bajo contrato con TDCJ, y tales eventos estaran protegidos tanto por la ley federal asi como las leyes de privacidad del estado de Texas. Esta autorizacion es voluntaria y puedo negarme a firmar esta forma. Yo comprendo que no se me requiere firmar esta autorizacion a cambio de obtener tratamiento por los proveedores de Salud bajo contrato de TDCJ. Esta autorizacion expirara despues de 180 dias a partir de la fecha en que sea firmada.

_____ <~TODAYS_DATE~,"MM/DD/YYYY">

Firma del Paciente o Representante Personal Autorizado **Fecha**

_____

Relacion con el paciente.

X 0000000000000000000000000000000X* #