

**Autorización para divulgar resultados de laboratorio al paciente o a su representante legalmente autorizado
(Autorización para divulgar información médica protegida)**

Esta autorización cumple con los requisitos de la sección 164.508 de las Normas de Privacidad de la HIPAA (45 CFR, partes 160 y 164). **El solicitante debe presentar una identificación con fotografía vigente emitida por el gobierno y la demás documentación necesaria que confirme su calidad de representante legalmente autorizado en el momento de la solicitud.** Si no llena todos los campos, es posible que no se proporcionen los resultados. Si tiene alguna pregunta sobre el formulario, llame al DSHS al 512-776-7578.

Datos del paciente:

Nombre: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Dirección: _____
(Calle y número, apartado postal, número de ruta) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono: () -

Fecha de nacimiento: _____ **Número de Seguro Social*:** _____

Si está solicitando los resultados de laboratorio de las pruebas de detección de un recién nacido, incluya el nombre completo de la madre en el momento del nacimiento del bebé, si se conoce

_____.

Información del solicitante:

Si la persona de la que se solicitan resultados de laboratorio es menor de 18 años o tiene un representante legalmente autorizado (LAR) según se define más abajo, el padre o la madre o el LAR de la persona deben proporcionar los siguientes datos y presentar una copia de la documentación que establece la relación del LAR con la persona:

(Nombre de la persona o entidad autorizada para recibir la información de la persona)

(Calle y número, apartado postal, número de ruta) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono: () -

Representante legalmente autorizado (LAR) (marque la relación que corresponda):

____ Padre o madre o tutor legal, si la persona es menor de edad.

____ Tutor legal, si la persona ha sido declarada incompetente para manejar sus asuntos personales.

____ Representante de la persona autorizado mediante un poder notarial para la atención médica.

____ Representante de la persona autorizado mediante una carta poder duradera, legal o poder notarial no médico, limitado a ciertos poderes sobre prestaciones de ciertos programas gubernamentales, incluido Medicaid, según lo define la sección 752.112 del Código de Herencias de Texas, en vigor a partir del 1 de junio de 2014.

____ Abogado *ad litem* de la persona nombrado por el tribunal.

____ Tutor *ad litem* de la persona nombrado por el tribunal.

____ Representante personal o beneficiario legal si la persona ha fallecido (si una persona ha fallecido, su representante personal debe ser el albacea, el albacea independiente, el administrador, el administrador independiente o el administrador provisional de la herencia).

____ Abogado contratado por la persona o por otra persona mencionada aquí, o bien,

____ Un sistema de protección y defensa designado por el estado (como el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección), en la medida en que esta divulgación sea requerida por la ley y cumpla los requisitos de esa ley.

Nombre del paciente: _____ Número telefónico del solicitante () - _____

Información del resultado de laboratorio:

Centro o proveedor que recoge la muestra: _____
(Indique la persona, el médico, el hospital, la clínica, el abogado, el terapeuta, la escuela, la entidad gubernamental, etc.)

Domicilio del centro o del proveedor: _____
(Calle y número, apartado postal, número de ruta) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Mes y año específicos de la prueba: _____

Autorizo al Departamento Estatal de Servicios de Salud a que divulgue los siguientes resultados de laboratorio específicos a la persona o al LAR.

Sí () No () Resultados de laboratorio. Indique **las pruebas** específicas:

Si se solicitan resultados de la prueba del VIH, indique el número de los CDC y el alias proporcionado (si corresponde):

Estoy enterado de lo siguiente: 1) puedo revocar esta autorización por escrito comunicándome con la oficina del DSHS o el programa que obtuvo la autorización; 2) esta autorización no afectará el tratamiento, el pago, la inscripción ni el derecho a recibir beneficios, y 3) la información compartida a partir de esta autorización podría volver a ser compartida, según lo autorice la ley.

Fecha de vencimiento: esta autorización vencerá en la fecha en que el DSHS divulgue los resultados de laboratorio solicitados a la persona o al LAR, o bien cuando determine que no puede cumplir con la solicitud.

Este formulario lo leí yo, me lo leyeron, y entiendo su objetivo y contenido. _ Todos los espacios en blanco se llenaron o se tacharon antes de que yo firmara el formulario. Certifico por este medio que toda la información proporcionada en este formulario es verídica y correcta. Entiendo que presentar información falsa en un formulario gubernamental en Texas es un delito según la sección 37.10 del Código Penal de Texas.

Firma de la persona, del padre o madre de la persona **si es menor de edad, o del LAR**

Fecha de la firma

Escriba en letra de molde el nombre de la persona, del padre o madre, o del LAR. Indique cuál es su autoridad para actuar en nombre de la persona. Adjunte una identificación con fotografía y documentación que respalden la autorización (p. ej., acta de nacimiento, orden de tutela, poder para la atención médica).

Si la persona o el LAR no puede firmar físicamente y da su autorización verbal, los dos testigos abajo firmantes dan fe de que atestiguaron dicha autorización verbal:

Escriba en letra de molde el nombre del testigo

Firma del testigo

Fecha de la firma

Nombre del paciente: _____ **Número telefónico del solicitante ()** _____ - _____

Si la persona, el padre o madre o el LAR no está presente o está físicamente incapacitado para firmar, el testigo adicional abajo firmante atestigua que la persona, el padre o madre o el LAR dio autorización verbal para divulgar los resultados de laboratorio.

Escriba en letra de molde el nombre del testigo_____
Firma del testigo_____
Fecha de la firma

Por favor, marque el formato de su preferencia: ☐ fax; incluya el número de fax: () _____ - _____
☐ correo postal al domicilio arriba mencionado

AVISO DE PRIVACIDAD: bajo ciertas excepciones, tiene derecho a solicitar y ser notificado sobre la información que el estado de Texas obtenga sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar los datos si lo solicita. También tiene derecho a pedir que una dependencia estatal corrija cualquier información que usted considere incorrecta. Para más información, visite <http://www.dshs.texas.gov>.

Envíe debidamente contestado por correo postal o fax el formulario Autorización para divulgar resultados de laboratorio.

- Incluya una copia de su identificación con fotografía actual y válida emitida por el gobierno
- y cualquier otro documento necesario.

Laboratory Reporting Group, MC 1947
PO BOX 149347
Austin, TX 78714-9347
Fax: 512-776-7533

Por favor espere hasta 30 días para que el DSHS revise y responda su petición. Si tenemos alguna pregunta nos comunicaremos con usted.

Instrucciones para obtener autorización para divulgar información médica

La información contenida en los expedientes del cliente es confidencial. Con ciertas excepciones, la divulgación de los expedientes médicos está prohibida según disposiciones de la Ley sobre el Ejercicio de la Medicina (artículo 4495b, V.T.C.S.). Además, la información social, financiera, educativa y de otro tipo en los archivos del cliente puede estar protegida por un derecho constitucional o consuetudinario a la privacidad. Existen sanciones civiles y penales por la divulgación no autorizada de dicha información.

La Ley sobre el Ejercicio de la Medicina, la ley consuetudinaria y la Constitución permiten que un proveedor de atención médica divulgue este tipo de información del expediente de una persona con su consentimiento o el de una persona autorizada para otorgarlo en su nombre. Por ejemplo, la sección 159.005(a)(1-5) y (b) del Código de Ocupaciones de la Ley sobre el Ejercicio de la Medicina establece que: el consentimiento para la divulgación de información confidencial debe ser por escrito y firmado por el paciente, o el padre, madre o tutor legal si el paciente es menor de edad, o un tutor legal si el paciente ha sido declarado incompetente para administrar sus asuntos personales, o un abogado *ad litem* designado para el paciente conforme al Código de Salud Mental de Texas; la Ley de Personas con Retraso Mental; el capítulo XIII del Código de Sucesiones de Texas y el subtítulo B, título 5 del Código Familiar, o un representante personal si el paciente ha fallecido, siempre que el consentimiento por escrito especifique lo siguiente:

- (A) la información o los expedientes médicos cuya divulgación se autoriza,
- (B) las razones o los fines de la divulgación, y
- (C) la persona a quien se revelará la información.

Además, la Ley de Prevención y Control de Enfermedades Contagiosas (capítulo 81 del Código de Salud y Seguridad) contiene los siguientes requisitos específicos sobre la divulgación de información relacionada con las pruebas del sida, del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de los anticuerpos contra el VIH.

Sección 81.103(d). Se debe contar con una autorización por escrito conforme a esta subsección, firmada por la persona sometida a la prueba o por la persona legalmente autorizada a dar el consentimiento para la prueba en su nombre. La autorización debe indicar la persona o la categoría de personas a quienes se les pueden divulgar o revelar los resultados de la prueba.

El formulario *Autorización para divulgar resultados de laboratorio* fue creado para cumplir con estos requisitos legales. Por esta razón, cuando se le solicite divulgar información de expedientes bajo su control, el formulario debe llenarse cuidadosamente a fin de proporcionar la información que exige la ley. Si le solicitan divulgar información del expediente de un cliente a una institución (p. ej., a un hospital) en lugar de una persona, y usted no conoce el nombre de la persona de esa institución a quien se debe enviar la información, indique el puesto de la persona responsable (p. ej., administrador, responsable de expedientes médicos, etc.). No indique únicamente el nombre del hospital.

El formulario Autorización para divulgar resultados de laboratorio debe ser llenado y firmado por el cliente cuando este solicite la divulgación de sus expedientes de salud personales.

El formulario puede utilizarse para obtener información de otros proveedores y, cuando se utilice con este propósito, debe llenarse conforme a los requisitos que establece la ley, la ley consuetudinaria y la Constitución. Tal atención a los detalles podrá, en última instancia, ahorrar tiempo y esfuerzo.

La Ley sobre el Ejercicio de la Medicina, la Ley de Prevención y Control de Enfermedades Contagiosas y otras leyes (por ejemplo, aquellas relacionadas con la información sobre la salud y el retraso mental) establecen otras excepciones a la norma de confidencialidad relacionada con los expedientes médicos.

CUALQUIER SOLICITUD DE INFORMACIÓN QUE NO PUEDA TRATARSE MEDIANTE EL USO DEL FORMULARIO AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR RESULTADOS DE LABORATORIO DEBE REMITIRSE INMEDIATAMENTE A LA OFICINA DEL ABOGADO GENERAL PARA QUE SE TOMEN LAS MEDIDAS NECESARIAS.

Debido a que la Ley de Información Pública y otras leyes establecen un plazo muy limitado para que la dependencia responda a las solicitudes de información, cualquier atraso en la remisión de estas solicitudes podría dar lugar a resultados adversos para la dependencia.

Revise bien el formulario de divulgación antes de que divulgue cualquier tipo de información. Todos los espacios en blanco del formulario deben llenarse, y el cliente debe leerlo y firmarlo debidamente antes de que la información sea divulgada. El cliente debe recibir una copia firmada de la autorización.