

PROPÓSITO: autorizo a THE HOSPITALS OF PROVIDENCE a usar o divulgar mi información médica (lo cual incluye la información altamente confidencial que he seleccionado más arriba, si la hubiera) durante el término de vigencia de esta Autorización para el (los) siguiente(s) fin(es) específico(s): [Nota: "a pedido del Paciente" es suficiente si el paciente inserta sus iniciales en la presente Autorización]_____.

Entiendo que:

- una vez que THE HOSPITALS OF PROVIDENCE divulgue mi información médica al destinatario, THE HOSPITALS OF PROVIDENCE no puede garantizar que dicho destinatario no volverá a divulgar mi información médica a una tercera parte. Es posible que esta tercera parte no tenga obligación de cumplir con las disposiciones de la presente Autorización o de las leyes federales y de Texas aplicables que rigen sobre el uso y la divulgación de mi información médica.
- THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, directa o indirectamente, puede recibir una remuneración de un tercero con relación al uso o la divulgación de mi información médica.
- que puedo negarme a firmar o que puedo revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en THE HOSPITALS OF PROVIDENCE; salvo, no obstante ello, que mi tratamiento en THE HOSPITALS OF PROVIDENCE fuera con el único objetivo de crear información médica para la divulgación al destinatario identificado en la presente Autorización, en cuyo caso THE HOSPITALS OF PROVIDENCE puede negarse a tratarme si yo no firmo esta Autorización.
- Tengo entendido que esta Autorización permanecerá en plena vigencia hasta que venza su término de vigencia o hasta que yo envíe una notificación de revocación por escrito a la Oficina de privacidad de THE HOSPITALS OF PROVIDENCE, al domicilio consignado más abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente cuando THE HOSPITALS OF PROVIDENCE reciba mi notificación por escrito, salvo que la revocación no tenga ningún efecto sobre toda acción que THE HOSPITALS OF PROVIDENCE hubiera efectuado confiando en esta Autorización antes de que recibiera mi notificación escrita de revocación.

Si tengo un asunto de privacidad o una inquietud que informar, puedo contactar la Oficina de Privacidad de THE HOSPITALS OF PROVIDENCE - por correo a 1740 Curie Drive, El Paso, Texas, 79902, o Sarah Arzaga, por teléfono, llamando al (915) 747-2162 o por correo electrónico, a sarah.arzaga@tenethealth.com.

He leído y comprendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información médica. Con mi firma, por la presente, a sabiendas y voluntariamente, autorizo a THE HOSPITALS OF PROVIDENCE a usar o divulgar mi información de salud de la manera descrita anteriormente, y también he adjuntado la identificación legal con foto requerida.

He leído y comprendo los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y de la divulgación de mi información médica. Al firmar el presente, autorizo consciente y voluntariamente a THE HOSPITALS OF PROVIDENCE para que use o divulgue mi información médica de la forma descrita con anterioridad.

Firma del paciente

Fecha

Nota: si el paciente es menor de edad o por algún otro motivo no pudiera firmar esta Autorización, obtener las siguientes firmas:

Firma del representante personal autorizado

Relación con el paciente

Fecha