



0 2 2 9

EL QUE SUSCRIBE POR EL PRESENTE AUTORIZA AL SISTEMA DE SALUD DE NICKLAUS CHILDREN'S A DIVULGAR/SOLICITAR LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL REGISTRO DEL PACIENTE QUE PUEDE INCLUIR INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA O DE ABUSO DE DROGAS DEL PACIENTE Y/O DE LOS PADRES, PRUEBAS DE VIH, INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO Y/O INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL SIDA.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente/padre/madre/tutor legal que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente/padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_

**DIVULGAR A:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Institución (si corresponde): \_\_\_\_\_

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

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA DIVULGAR (seleccione una opción):**

Papel  CD  (Se requiere un formulario de autorización electrónica)

Fechas de hospitalización o tratamiento solicitado: Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Hasta la fecha: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Resumen del expediente clínico	<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> PT(terapia física)/OT(terapia ocupacional)/ST(terapia del habla)	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones
<input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria	<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Informe operativo	<input type="checkbox"/> Laboratorio
<input type="checkbox"/> Patología	<input type="checkbox"/> Radiología	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Órdenes del médico
<input type="checkbox"/> Notas de evolución	<input type="checkbox"/> Ecocardiograma	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> EEG
<input type="checkbox"/> Prueba de función pulmonar	<input type="checkbox"/> Estudio del sueño	<input type="checkbox"/> Instrucciones del alta hospitalaria	<input type="checkbox"/> Si es otro (especifique a continuación)
<input type="checkbox"/> *Sustancia farmacológica (inicial) _____	<input type="checkbox"/> *Conductual/Psiquiatría (inicial) _____	<input type="checkbox"/> *Sensibilidad para análisis de laboratorio/genética (VIH/ETS/prueba de detección de drogas/embarazo) (se requiere firma) X _____	
<input type="checkbox"/> <b>REGISTROS MÉDICOS COMPLETOS</b>			
<input type="checkbox"/> Incluir registros de psicología/psiquiatría <input type="checkbox"/> Excluir registros de psicología/psiquiatría			

Otro (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

**PROPÓSITO:**

Atención médica  Tercero pagador  Personal  Abogado/representante legal  OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO POR ESCRITO ANTE EL DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS ANTES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO, SALVO QUE ESA MEDIDA SE HAYA TOMADO EN VIRTUD DE ESTA AUTORIZACIÓN. A MENOS QUE SE REVOQUE DE OTRO MODO, ESTA AUTORIZACIÓN VENCERÁ EN UN (1) AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA O EN LA SIGUIENTE FECHA \_\_\_\_\_. TAMBIÉN ENTIENDO QUE EN CASO DE QUE REVOQUE ESTA AUTORIZACIÓN, ESTE ACTO NO TENDRÁ NINGÚN EFECTO EN LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR NICKLAUS CHILDREN'S HOSPITAL ANTES DE RECIBIR LA REVOCACIÓN. COMPRENDO QUE SI LA PERSONA O ENTIDAD QUE RECIBE LA INFORMACIÓN NO ES UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O UN PLAN DE SALUD CUBIERTO POR LAS REGLAMENTACIONES FEDERALES DE PRIVACIDAD, LA INFORMACIÓN DESCRITA ANTERIORMENTE PUEDE VOLVER A DIVULGARSE Y DEJAR DE ESTAR PROTEGIDA POR ESTAS REGLAMENTACIONES.

FIRMA DEL PACIENTE (si tiene 18 años de edad o más O es un menor emancipado)	TELÉFONO	FECHA
PADRE, MADRE, TUTOR U OTRO REPRESENTANTE LEGAL X	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA

LA AUTORIZACIÓN DEBE ESTAR FIRMADA Y FECHADA POR EL PACIENTE, PADRE/MADRE O TUTOR/REPRESENTANTE LEGAL. UNA COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN TENDRÁ LA MISMA VALIDEZ QUE EL ORIGINAL. Nota: Si esta autorización es firmada por el tutor legal, los defensores especiales designados por el tribunal o el tutor ad litem, se puede solicitar la documentación que establezca la relación, para cumplir con esta solicitud. Cuando el paciente cumpla 18 años, se dará por terminado el acceso del padre, madre o tutor al registro médico del paciente.



**AUTHORIZATION FOR REQUEST/ RELEASE OF INFORMATION - SPANISH**