

Autorización para el uso o divulgación de información de salud

El completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud individualmente identificable, tal como se explica más adelante, de acuerdo con las leyes federales y de California relacionadas con la privacidad de dicha información.

EL NO PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA PUEDE INVALIDAR ESTA AUTORIZACIÓN.

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ CHOC MRN: _____

Enviar la información desde (SE DEBE LLENAR COMPLETAMENTE):

Nombre del proveedor/organización: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____

La información se enviará a:

Children's Hospital of Orange County
1201 W. La Veta Avenue
Orange, CA 92868

ATTENTION TO: _____

Phone #: _____ Fax #: _____

Razón por la cual solicita que se revele la información de salud (Por favor, MARQUE UNA):

- Compartir la información con otros proveedores de salud con fines de tratamiento (este servicio es gratis siempre que los registros se envíen directamente al proveedor).

Por favor, envíe la siguiente información: marque los datos solicitados

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input type="checkbox"/> Clínica ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> Informe operatorio | <input type="checkbox"/> Clínica de especialidades
(especifique cual clínica) _____ |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Registros de pagos |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> CD: _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe del departamento de Emergencias | |

Fechas del tratamiento: _____



Autorización para el uso o divulgación de información de salud

Esta autorización expira en la siguiente fecha: _____ / _____ / _____

Ni el tratamiento, pagos, inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios estarán condicionados a que yo acepte o rechace esta autorización.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento; ésta deberá hacerse por escrito y ser enviada a: "CHOC Privacy Official, Health Information Management Department".

Mi revocación se hará efectiva al recibirse, pero no lo será si CHOC ya sometió a los procedimientos habituales la solicitud original para la divulgación de la información de salud.

Entiendo que puedo inspeccionar y obtener copias, mediante el pago de una cuota, de la información de salud que ha sido divulgada o revelada.

Entiendo que una vez que la información antes mencionada se divulgue, el receptor puede divulgarla de nuevo, y la información podría no estar protegida por las leyes y reglamentos federales de privacidad. Las leyes de California prohíben a los receptores de su información de salud que la vuelvan a divulgar, excepto cuando usted haya dado su autorización por escrito o si así lo requiere la ley específicamente.

Divulgaciones que requieren de consentimiento especial:

Mi firma abajo, autoriza específicamente la divulgación de información del cuidado de la salud referente a pruebas, diagnóstico o tratamiento de:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HIV/Virus del SIDA | <input type="checkbox"/> Salud mental/trastornos psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente | <input type="checkbox"/> Abuso /tratamiento de drogas, alcohol |

Nombre del paciente/padre/representante legal, en letra de molde

Firma del paciente/padre/representante legal

_____/_____/_____
Fecha

Relación con el paciente

Teléfono

Registro recibido por

_____/_____/_____
Fecha

