

El completar este documento autoriza la divulgación y el uso de información de salud individualmente identificable, tal como se explica a continuación, en concordancia con la ley federal y de California concernientes a la privacidad de dicha información.

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**INFORMACIÓN SE OBTIENE DE:**

Children's Hospital of Orange County  
1201 W. La Veta Avenue, Orange, CA 92868  
Teléfono (714) 509 - 4368 Fax (714) 509 - 8388

**INFORMACIÓN DEBE SER DADA A: (SE DEBE LLENAR COMPLETAMENTE)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Tener en cuenta: Es posible que tenga que pagar un honorario por los expedientes. De ser así, usted será notificado con anticipación.**

Me gustaría:  Papel  CD  FAX (escriba el número arriba)

Método de entrega:  Correo  Conservar para ser retirado  
 Correo electrónico (complete la información debajo)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Favor de liberar la siguiente información: marque los expedientes solicitados**

- |                                                           |                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta                  | <input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones                                                              |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input type="checkbox"/> Apuntes de enfermería                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Informe operatorio               | <input type="checkbox"/> Clínica para pacientes externos                                                         |
| <input type="checkbox"/> Consultas                        | <input type="checkbox"/> Clínica de especialidades _____                                                         |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología           | <input type="checkbox"/> Informes de la sala de emergencia                                                       |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología           | <input type="checkbox"/> Información pertinente (todos los informes médicos, radiológicos, de laboratorio, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio          |                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                     |                                                                                                                  |

Fechas de tratamiento: \_\_\_\_\_

**CONTINÚA AL REVERSO**



998027 (12/2018)



**CHOC Children's**  
AUTORIZACIÓN PARA EL USO O  
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN  
DE SALUD

PATIENT ID

**Propósito del uso de la divulgación requerida:**

- A petición del padre o paciente       Atención continua       Legal
- Seguro médico       Otro \_\_\_\_\_

**Esta autorización caduca:**

- Desde esta fecha de autorización hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (se debe especificar la fecha)
- Hasta que CHOC Children’s satisfaga la petición
- Hasta que ocurra el siguiente evento (debe especificar): \_\_\_\_\_

- Ni el tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios están sujetos a que yo otorgue o rehúse esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito y enviada a: CHOC Privacy Official, Health Information Management Department.
- Mi revocación tomará efecto al ser recibida pero no será efectiva si CHOC ya ha procesado la solicitud original para la divulgación de la información de salud.
- Entiendo que puedo inspeccionar y obtener copias, con un honorario, de la información de salud que está siendo divulgada.
- Entiendo que una vez que la información mencionada anteriormente se divulgue, el receptor puede divulgarla de nuevo y tal información podría no estar protegida por las leyes y regulaciones de privacidad federales. La ley de California prohíbe a los receptores de su información de salud que vuelvan a divulgar tal información excepto con su autorización escrita o si así lo requiere la ley específicamente.

Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Copia requerida:  Si    No      Inicial: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DIVULGACIONES QUE REQUIEREN CONSENTIMIENTO ESPECIAL:**

Mi firma a continuación también específicamente autoriza la liberación de información de salud relacionada a exámenes, diagnósticos o tratamiento para (coloque sus iniciales):

- \_\_\_\_\_ VIH, Virus del SIDA      \_\_\_\_\_ Salud mental, trastornos psiquiátricos
- \_\_\_\_\_ Enfermedades por transmisión sexual
- \_\_\_\_\_ Tratamiento y abuso de estupefacientes y alcohol

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente/padre/representante legal      Fecha

\_\_\_\_\_  
 Printed Name of Patient/Parent/Legal Guardian      Parentesco con el paciente

Teléfono: \_\_\_\_\_



**OFFICE USE ONLY:**

**ROI PROCESSED BY (PRINTED NAME):** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MRN:** \_\_\_\_\_