



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: ____ / ____ / ____

Enviar la información desde:

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

La información se enviará a: (SE DEBE LLENAR COMPLETAMENTE)

Nombre del proveedor/organización: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

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

Marque esta casilla si es usted quien va a recoger las copias (se paga por hoja)

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

- Mis expedientes personales-inspección, acceso u obtención de copias (\$0.25 por página más impuestos y pago del correo, a menos que se recojan personalmente)
- 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).
- Otra (por favor, describa): _____

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 |
| <input type="checkbox"/> Consultas | (especifique cual clínica) _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Registros de pagos |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> CD: _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe del departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Fechas del tratamiento: _____

CONTINÚA AL REVERSO





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:

_____ VIH/Virus del SIDA

_____ Salud mental/trastornos psiquiátricos

_____ Enfermedades

_____ Abuso /tratamiento de drogas, alcohol

transmitidas sexualmente

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

Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización

