



ROIF  
CMC52523-001NS Rev. 2/2009

**CHILDREN'S MEDICAL CENTER**  
 1935 Medical District Drive • Dallas, Texas 75235  
 7609 Preston Road • Plano, Texas 75024  
Dallas (214) 456-7000 Legacy (469) 303-7000

**Autorización para inspección, uso,  
divulgación y entrega de  
información de salud**

N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

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

Certifico que soy el paciente o representante legal autorizado (p. ej.: el padre o la madre) de dicho paciente, y por este medio solicito y autorizo al personal del hospital Children's Medical Center (Children's) a entregar la información de salud del paciente arriba mencionado, conforme a lo siguiente:

**PROPÓSITO DE LA SOLICITUD / AUTORIZACIÓN**

- Inspeccionar la información de salud
- Obtener una copia de la información de salud
- Entregar la información de salud a las personas que se especifican abajo

**INFORMACIÓN DE SALUD SOLICITADA / AUTORIZADA**

- |                                                                                                    |                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta                                                           | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico                                      |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico                                                  | <input type="checkbox"/> Notas de la enfermera                                   |
| <input type="checkbox"/> Evolución clínica                                                         | <input type="checkbox"/> Fotografías, video, imágenes digitales / Otras imágenes |
| <input type="checkbox"/> Citas a clínicas de paciente externo                                      | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica / Psicológica                              |
| <input type="checkbox"/> Reporte operatorio                                                        | <input type="checkbox"/> Expediente completo del hospital                        |
| <input type="checkbox"/> Análisis, rayos X, patología, EKG, EEG,<br>Tomografía Axial Computarizada | <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____                                |

Especificar la(s) fecha(s) de la información de salud que se solicita: \_\_\_\_\_

**DETALLES DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

La divulgación se hace a petición de:

- Paciente o representante legal
- Otra persona (especificar) \_\_\_\_\_

Esta información de salud puede ser divulgada a:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / C. P.: \_\_\_\_\_

**EXPEDIENTE CON INFORMACIÓN ESPECIALMENTE PROTEGIDA**

Entiendo que si mi expediente médico contiene información relativa a abuso de drogas o alcohol, atención psiquiátrica o a la salud mental, VIH / Sida, retraso mental, o pruebas genéticas, doy autorización para que se entregue.

- Doy mi autorización
- No doy mi autorización. Especifique: \_\_\_\_\_

**PLAZO. DERECHO DE REVOCACION, DIVULGACION POSTERIOR DE LA INFORMACION Y TRATAMIENTO**

Por el presente, Children's queda libre de toda responsabilidad por la divulgación de información del expediente en la medida que se haya indicado y autorizado en este formulario. Además, entiendo que en cualquier momento puedo revocar por escrito esta autorización (salvo que no se haya emprendido alguna acción relativa a esta autorización) mediante el envío de notificación escrita al funcionario de privacidad a: Privacy Officer, Children's Medical Center, 1935 Medical District Drive, Dallas, Texas 75235, o por fax al 214-456-5299.

A menos que sea revocada, esta autorización vencerá dentro 180 días contados a partir de la fecha de su firma, o de otro modo especificado por un evento relacionado con el paciente o el propósito de la divulgación, conforme a lo siguiente:

Entiendo que Children's no puede condicionar el tratamiento a si lleno este formulario de autorización.

Entiendo que una vez divulgada esta información de salud podría dejar de estar protegida por las leyes federales y estatales de privacidad, y, por consiguiente, podría estar sujeta a que el receptor la vuelva a divulgar.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Paciente o representante legal

Parentesco con el paciente

Nombre en letra de molde del paciente o representante legal

**VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD**

Identidad del solicitante verificada vía:  Identificación con foto  Cotejo de firma  Otra (especifique) \_\_\_\_\_