



Autorización para el uso o la divulgación de información de salud protegida
 Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information

ROIF
 CMC72221-001NS Rev. 10/2016

Yo certifico que soy el paciente, que tengo 18 años o más y que solicito y autorizo que Children's Health divulgue mi información de salud de la manera siguiente:

Autorización

Yo autorizo a Children's Health a usar y divulgar la información de salud protegida descrita aquí a los siguientes individuos:

Nombre: _____ Nombre: _____

Período efectivo

Esta autorización de divulgación de información es para atención médica que recibí (indique en los cuadros dónde aplique):

- De _____ (fecha) a _____ (fecha)
- Todos períodos anteriores, presentes y futuros.

Información de salud autorizada

- Yo autorizo la divulgación completa de mi expediente de salud (incluso expedientes relacionados a la salud mental, enfermedades transmisibles, el VIH o SIDA, tratamiento para el abuso de alcohol o de drogas e información genética hereditaria).
- Yo autorizo la divulgación completa de mi expediente de salud menos la siguiente información:
 - Expedientes de la salud mental
 - Enfermedades transmisibles (incluso el VIH o SIDA)
 - Tratamiento para el abuso de alcohol o de drogas
 - Información genética hereditaria
 - Otro (favor de indicar): _____

Límite de tiempo, derecho de revocar, re-divulgación y tratamiento

Por el presente, Children's Health queda eximido de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información de salud al alcance que se indica y autoriza en el presente documento. Yo comprendo que una revocación no es efectiva en la medida que Children's ya haya actuado en relación con mi autorización. Yo también comprendo que puedo revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento (salvo en la medida que se hayan emprendido acciones en relación con mi autorización) enviando una notificación escrita a: Children's Health; Attention Privacy Officer; 1935 Medical District Drive, Dallas, Texas 75235.

Salvo si se revoque, la presente autorización permanecerá vigente por 3 años de la fecha que yo firme.

Comprendo que mi tratamiento, pago, inscripción o mi elegibilidad para recibir beneficios no dependen de la condición de que yo firme la presente autorización.

Al firmar la presente autorización, ya certifico que he leído y que comprendo las declaraciones en el presente documento.

 Firma del paciente

 Fecha

 Hora

 Nombre en letras de molde