



CHILDREN'S HEALTH SYSTEM OF TEXAS

Autorización para la Inspección, Uso y Comunicación
Authorization for the Inspection, Use, Disclosure and Release of Health Information
Envíe la autorización por fax al: (214) 456-6170 O
por correo a: HIM-Release-of-Information.FAX@childrens.com

CONSENT
CMC52523-009NS Rev. 1/2022

Place a patient label on all sheets

Lugar: _____
Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
Expediente núm. (for office use only): _____
CSN: _____

Declaro que soy el paciente o el representante legal del paciente (por ejemplo, padre o tutor). Esta solicitud de revelar y comunicar información médica se realiza a pedido del paciente o de su representante legal. Por la presente solicito y autorizo a las entidades cubiertas afiliadas de Children's Health System of Texas ("Children's Health") a comunicar la información médica del paciente antes mencionado:

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN (seleccione una opción):

- Continuación de la atención médica Ejército Seguro médico Escuela Personal Cuestiones legales
 Seguro social o invalidez Otro: _____

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA CUYA REVELACIÓN SE SOLICITA Y AUTORIZA

- Informe de alta o defunción Psiquiátrica o psicológica Fotografías, video, o imágenes digitales o de otro tipo
 Historial médico y estado de salud Informe de quirófano Expediente de trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias
 Notas clínicas Vacunas Expediente hospitalario completo
 Consulta Ecocardiografía o cateterismo cardíaco en DVD Otra (especifique) _____
 Informes: análisis, radiografía, Patología, electrocardiografía (EKG), encefalografía (EEG), tomografía (CT)

- Periodo de atención del _____ al _____ O Todos los encuentros y consultas pasados, presentes y futuros *la solicitud vence en 180, tal como se indica abajo.

La información médica puede ser comunicada o entregada a: _____

FORMA DE ENTREGA

Elija una:

- Correo electrónico: _____
 Portal del paciente MyChart
 en persona (le dirán cuando puede pasar por la información)
 Correo convencional: _____
Nombre de la persona o institución
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)
Teléfono Fax

EXPEDIENTES CON PROTECCIÓN ESPECIAL

Acepto con pleno conocimiento de causa que se revele y comunique el expediente que solicito aunque contenga información sobre abuso de alcohol u otras sustancias, atención psiquiátrica y de salud mental, VIH o SIDA, discapacidad intelectual o pruebas genéticas.

- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo (por favor especifique la razón e incluya las fechas que correspondan): _____

PLAZO, DERECHO DE REVOCACIÓN, REVELACIONES POSTERIORES Y TRATAMIENTO

Por la presente, Children's Health queda exento de responsabilidad legal por la comunicación de los expedientes que se incluyen y autorizan en este documento. Entiendo que puedo revocar la autorización en cualquier momento (excepto en los casos en los que ya se haya tomado acción con base en este documento) enviando la revocación por escrito a la atención de: Director Health Information Management Department, Children's Health, 1935 Medical District Drive, Dallas, Texas 75235.

Entiendo que Children's Health no puede condicionar la atención, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir atención médica con base en esta autorización.

Entiendo que, una vez revelada, es posible que la Información médica deje de estar protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad, en cuyo caso, pudiera ser divulgada de nuevo por el destinatario.

***A menos que sea revocada, esta autorización vencerá 180 días después de la fecha de mi firma, en esta fecha: (_____), o al ocurrir lo siguiente: (_____).**

Firma del paciente o de su representante legal

Nombre del paciente o su representante legal

Fecha

Relación con el paciente

Hora

IDENTITY VERIFICATION

Identity of requestor verified via: Photo ID Matching signature Other (specify): _____