



CHILDREN'S HEALTH

Dallas - 1935 Medical District Drive
Dallas, Texas 75235
Fax: (214)456-6170
Plano - 7601 Preston Road
Plano, Texas 75024
Fax: (469) 303-4084

Autorización para inspección, uso, divulgación y entrega de Información de salud

Authorization for the Inspection, Use, Disclosure and Release of Health Information

ROIF
CMC52523-007NS Rev. 12/2018

Numero de expediente medico: _____

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo certifico que soy el paciente o representante legalmente autorizado del paciente (por padre, tutor legal) y por la presente solicito que Children's Health revele información de salud del paciente mencionado anteriormente en la forma siguiente:

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD / AUTORIZACIÓN

- Inspeccionar la información de salud
- Obtener una copia de información de salud
- Divulgar información de la salud a las personas abajo identificadas para los propósitos siguientes
 - Continuación de la atención
 - Personal
 - Legal
 - Seguro médico

MÉTODO DE DIVULGACIÓN

- Papel
- Electrónicamente
- Verbal

INFORMACIÓN DE LA SALUD PROTEGIDA (ISP) SOLICITADA / AUTORIZADA A DIVULGAR

- Documentos de alta
- Órdenes del doctor
- Antecedentes médicos y examen físico
- Notas de enfermera
- Notas de progreso
- Fotografías, video, imágenes digitales / otras
- Consultas en clínicas de pacientes externos
- Psiquiátrica / psicológica
- Registro de trastornos de abuso de sustancias o alcohol
- Expediente entero
- Reporte operativo o del procedimiento
- Otra (especifique): _____
- Imágenes de radiología en disco
- Análisis: rayos x, patología, electrocardiograma, electroencefalograma, tomografía computarizada

Que cubra el período de atención de la salud desde: Fecha(s) específica(s): _____ hasta _____ **O**

Todas las consultas y encuentros pasados, presents y futuros. ***se vence en 180 días como se mencionan abajo**

INFORMACIÓN SOBRE LA DIVULGACIÓN

Esta divulgación se realiza a petición de:

Paciente o representante legalmente autorizado

Esta información de salud puede ser revelada a:

Nombre: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Ciudad / Estado / código postal: _____ Fax: _____

EXPEDIENTES CON PROTECCIÓN ESPECIAL

Yo comprendo si mi expediente de salud tiene información en referencia al abuso de drogas / alcohol, salud mental / psiquiátrica, VIH / SIDA, discapacidad intelectual, o análisis genética, estoy de acuerdo que se revele.

- Estoy de acuerdo
- No Estoy de acuerdo. Por favor especifique (incluya las fechas apropiadas): _____

LÍMITE DE TIEMPO, DERECHO DE REVOCAR RE-DIVULGACIÓN Y TRATAMIENTO

Por el presente, Children's Health se libra de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de los expedientes en la medida indicada y conforme a lo autorizado por el presente. También comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento (salvo si ya se haya realizado esta acción basado en esta autorización) si envía una notificación por escrito a ATTN: Director Health Information Management Department, Children's Medical Center, 1935 Medical District Drive, Dallas, Texas 75235.

Yo entiendo que Children's Health no puede condicionar tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios basado en que yo complete este formulario de autorización.

Yo entiendo que esta información de salud podría ya no estar protegida por las leyes federales y estatales de privacidad en cuanto se divulga y, por lo mismo, podría estar sujeta a re-divulgación por el receptor.

***Salvo si se revoque, la vigencia de esta autorización se vence en 180 días del día que yo firme, o como se indique según un evento relacionado al paciente o el fin de la divulgación, como sigue:** _____

Firma del paciente / Representante legalmente autorizado

Fecha

Hora

Nombre en letra de molde del paciente / Representante legalmente autorizado

Parentesco con el Paciente

IDENTITY VERIFICATION

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