

**CHILDREN'S HEALTH**

Dallas - 1935 Medical District Drive, Dallas, Texas 75235  
 OCH - 1340 Empire Central, Dallas, Texas 75247  
 Plano- 7601 Preston Road, Plano, Texas 75024

**Autorización para inspeccionar, usar, y revelar información médica**

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

Número de expediente: \_\_\_\_\_

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

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

ROIF Favor de devolver la autorización al fax: (214) 456-6170 O  
 CMC52523-008 Rev. 5/2021 Correo electrónico [HIM-Release-of-Information.FAX@childrens.com](mailto:HIM-Release-of-Information.FAX@childrens.com)

Certifico que soy el paciente o su representante legal (por ejemplo, padre, tutor legal), y por la presente solicito y autorizo a Children's Health a revelar la información médica del paciente ya mencionado de la siguiente manera:

**PROPÓSITO DE LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN**

- Inspeccionar la información de salud       Obtener una copia de la información médica  
 Revelar información médica a las personas mencionadas a continuación para los siguientes propósitos:  
 Continuación del tratamiento     Personal     Cuestiones legales     Seguro médico

**INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA OBJETO DE LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informe de alta  | <input type="checkbox"/> electrocardiograma de cateterización en DVD           |
| <input type="checkbox"/> Historia médica y examen físico  | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico                                    |
| <input type="checkbox"/> Notas de seguimiento   | <input type="checkbox"/> Notas de la enfermera                                 |
| <input type="checkbox"/> Citas ambulatorias   | <input type="checkbox"/> Fotografías, video, imágenes digitales y de otro tipo |
| <input type="checkbox"/> Registros de trastornos por abuso de alcohol o sustancias adictivas  | <input type="checkbox"/> Información de Psiquiatría o Psicología               |
| <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico   | <input type="checkbox"/> Expediente completo del hospital                      |
| <input type="checkbox"/> Informes: Resultados de análisis, radiografías, resultados de Patología, electrocardiograma (EKG), electroencefalograma (EEG), CT scan | <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____                              |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología en CD   |  |

Cubre el período de atención médica a partir de fechas específicas \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ O  Todas las revisiones y citas pasadas, presentes y futuras \* **vence en 180 días tal como se indica a continuación**

**DETALLES**

La información se dará a conocer por petición de:  Paciente o  representante legal del paciente

Esta información médica se puede dar a conocer o revelar a:

\_\_\_\_\_

**MÉTODO DE ENTREGA**

- Correo: Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
- Fax: \_\_\_\_\_
- Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**REGISTROS CON PROTECCIÓN ESPECIAL**

Entiendo que si mi expediente médico contiene información sobre abuso de alcohol o sustancias adictivas, atención psiquiátrica o mental, VIH / SIDA, discapacidad intelectual o pruebas genéticas, tengo que aceptar que sea revelada.

- Estoy de acuerdo  
 No estoy de acuerdo, explique (e incluya las fechas correspondientes) \_\_\_\_\_

**LÍMITE DE TIEMPO, DERECHO A CANCELAR, REVELACIONES SUBSIGUIENTE Y ATENCIÓN MÉDICA**

Mediante la presente, Children's Health queda liberado de toda responsabilidad legal por la revelación de los registros al grado indicado y autorizada en este documento. También entiendo que puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento (salvo por la información que ya se haya revelado con base en esta autorización) enviando un aviso por escrito a la atención de: ATTN: Director Health Information Management Department, Children's Health, 1935 Medical District Drive, Dallas, Texas 75235.

Children's Health no puede condicionar la atención, el pago, la inscripción ni el derecho a las prestaciones que me corresponden por el hecho de llenar este formulario.

Entiendo que, una vez que se haya dado a conocer, es posible que la Información médica deje de estar protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad y, en ese caso, pudiera ser revelada de nuevo por el destinatario.

**\* A menos que sea cancelada, esta autorización vencerá en 180 días a partir de la fecha de mi firma o si se especifica lo contrario con base en un evento relacionado con el paciente o el propósito de la divulgación, tal como se indica a continuación:** \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o del representante legal

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del Paciente o del representante legal

Relación con el paciente

**IDENTITY VERIFICATION**

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