



**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**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Documentos de alta   | <input type="checkbox"/> Órdenes del doctor   |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y examen físico   | <input type="checkbox"/> Notas de enfermera   |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso  | <input type="checkbox"/> Fotografías, video, imágenes digitales / otras   |
| <input type="checkbox"/> Consultas en clínicas de pacientes externos  | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica / psicológica <span style="margin-left: 20px;">Special Education records -</span> |
| <input type="checkbox"/> Registro de trastornos de abuso de sustancias o alcohol  | <input type="checkbox"/> Expediente entero <span style="margin-left: 20px;">current IEP, evaluations</span>             |
| <input type="checkbox"/> Reporte operativo o del procedimiento  | <input checked="" type="checkbox"/> Otra (especifique): _____   |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología en disco  |   |
| <input type="checkbox"/> 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: Developmental-Behavioral Pediatrics Clinic

Dirección: 1935 Medical District Drive, EL-02 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / código postal: Dallas, Texas 75235 Fax: Please FAX to: 214-867-5461

**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): \_\_\_\_\_