

Authorization for Use or Disclosure of Health Information

El completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud individualmente identificable, tal como se explica más adelante, de acuerdo con las leyes federales y de California relacionadas con la privacidad de dicha información.

EL NO PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA PUEDE INVALIDAR ESTA AUTORIZACIÓN.

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Enviar la información desde (SE DEBE LLENAR COMPLETAMENTE):

Nombre del proveedor/organización: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____ Fax: (_____) _____ - _____

La información se enviará a:

Children's Hospital of Orange County
1201 W. La Veta Avenue
Orange, CA 92868

Phone #: (_____) _____ - _____ Fax #: (_____) _____ - _____

Por favor, envíe la siguiente información: marque los datos solicitados

- | | |
|---|--|
| ☐ Resumen de alta | ☐ Registro de inmunizaciones |
| ☐ Historia clínica y examen físico | ☐ Clínica ambulatoria |
| ☐ Informe operatorio | ☐ Clínica de especialidades |
| ☐ Consultas | (especifique cual clínica) _____ |
| ☐ Informes de radiología | ☐ Registros de pagos |
| ☐ Informes de laboratorio | ☐ Informe del departamento de Emergencias |
| ☐ Otros: _____ | |

Fechas del tratamiento: _____

Finalidad del uso o divulgación solicitados:

- | | |
|---|---|
| ☐ Solicitud del paciente/padre/madre | ☐ Continuidad de la atención |
| ☐ Legal | ☐ Seguro |
| ☐ Otro _____ | |



CONTINUED ON REVERSE SIDE

Authorization for Use and Disclosure of Health Information

Esta autorización caduca:

- ☐ Desde la fecha de esta autorización hasta el ____/____/____ (se debe especificar la fecha)
- ☐ Hasta que CHOC Children's satisfaga esta solicitud
- ☐ Hasta que tenga lugar el siguiente evento (debe ser específico): _____

Ni el tratamiento, pagos, inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios estarán condicionados a que yo acepte o rechace esta autorización.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento; ésta deberá hacerse por escrito y ser enviada a: "CHOC Privacy Official, Health Information Management Department".

Mi revocación se hará efectiva al recibirse, pero no lo será si CHOC ya sometió a los procedimientos habituales la solicitud original para la divulgación de la información de salud.

Entiendo que puedo inspeccionar y obtener copias, mediante el pago de una cuota, de la información de salud que ha sido divulgada o revelada.

Entiendo que una vez que la información antes mencionada se divulgue, el receptor puede divulgarla de nuevo, y la información podría no estar protegida por las leyes y reglamentos federales de privacidad. Las leyes de California prohíben a los receptores de su información de salud que la vuelvan a divulgar, excepto cuando usted haya dado su autorización por escrito o si así lo requiere la ley específicamente.

Divulgaciones que requieren de consentimiento especial:

Mi firma abajo, autoriza específicamente la divulgación de información del cuidado de la salud referente a pruebas, diagnóstico o tratamiento de:

_____ HIV/Virus del SIDA	_____ Salud mental/trastornos psiquiátricos
_____ Enfermedades	_____ Abuso /tratamiento de drogas, alcohol
_____ transmitidas sexualmente	

Nombre del paciente/padre/representante legal, en letra de molde

Firma del paciente/padre/representante legal

_____/_____/_____
Fecha

Relación con el paciente

Teléfono

Registro recibido por

_____/_____/_____
Fecha

OFFICE USE ONLY:

ROI PROCESSED BY (PRINTED NAME): _____

DATE: ____/____/____



MRN: _____