



The Children's Hospital of Philadelphia

MR-109

AEL 9/2005

AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

NAME

SEX M F

MR#

AGE / DATE OF BIRTH

ACCOUNT#

(PATIENT PLATE OR PRINT)

Este documento autoriza a The Children's Hospital of Philadelphia y sus centros afiliados a divulgar/obtener información según se describe a continuación: Para obtener una lista de entidades y consultorios médicos afiliados, consulte el Aviso de prácticas de privacidad de The Children's Hospital of Philadelphia.

1. Nombre del/de la paciente (primero, segundo, apellido): Dirección del/de la paciente: Calle, estado, código postal: No. de teléfono: Fecha de nacimiento:

2. ¿Cuál es el nombre de la persona o institución que divulgará su información? Marque la casilla que corresponda e indique el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona/institución que divulgará la información.

The Children's Hospital of Philadelphia u Otra

Nombre de la persona / Institución: Dirección: Calle, estado, código postal: No. de teléfono: Fax:

3. ¿Qué información será divulgada? Fecha de la cita o inicio de la hospitalización hasta

Departamento de emergencias Atención en el hogar Servicios Ambulatorios Servicios Hospitalarios Servicios de Inmunización

Otra Información (indíquela en inglés) (indique el nombre del departamento/oficina en inglés)

Si no desea que se divulgue alguna parte del expediente, indíquelo a continuación:

En caso de que su expediente contenga cualquier información relativa al uso indebido de sustancias (drogas u alcohol), VIH o salud mental, ¿puede esta información ser divulgada? En caso afirmativo, escriba sus iniciales junto a cada tipo de información a divulgar:

Tratamiento o pruebas de alcohol y/o drogas VIH Salud mental

4. ¿Cuál es el nombre de la persona o institución que recibirá su información? Marque la casilla que corresponda e indique el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona/institución que recibirá la información.

The Children's Hospital of Philadelphia u Otra

Nombre de la persona / Institución: Dirección: Calle, estado, código postal: No. de teléfono: Fax:

5. Explique en inglés por qué la persona o institución arriba mencionada necesita esta información:

6. Vencimiento. Su permiso quedará sin efecto 90 días después de que firme este formulario a menos que indique lo contrario. Si usted desea extender su permiso por más de 90 días, indique por favor cuándo desea que su permiso quede sin efecto. La fecha no puede ser superior a un año a partir de hoy:

7. Comprender esta Autorización

- Este documento autoriza la divulgación u obtención de información contenida en el expediente médico del/de la paciente al momento de firmar el formulario, así como también la información que se genere luego de la firma del formulario hasta su fecha de vencimiento.
Yo puedo suspender mi permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito al proveedor antes mencionado autorizado a divulgar la información. En caso de información divulgada por The Children's Hospital of Philadelphia, consulte su Aviso de prácticas de privacidad para informarse sobre cómo suspender (revocar) una autorización. Si suspendo mi permiso, no podrá recuperarse ninguna información que ya haya sido divulgada.
La información divulgada por The Children's Hospital of Philadelphia podrá ser divulgada nuevamente por la persona u organización que la reciba y ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad. The Children's Hospital of Philadelphia protegerá la información que obtenga según lo exigen las leyes federales de privacidad.
Entiendo que mi permiso es voluntario y que yo/mi hijo(a) recibiré(á) tratamiento independientemente de que firme o no firme este formulario.

8. Firma. Comprendo que al firmar este formulario autorizo a The Children's Hospital of Philadelphia a divulgar/obtener información de la forma descrita anteriormente.

Firma Parentesco con el/la paciente: Información suministrada por: Nombre en letra de imprenta Padre/madre Tutor legal: Fecha Otro (en inglés) Fecha: