

MR-109
Rev. 5/25
**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER
INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Página 1 de 3

APELLIDO

NOMBRE

N.º de Historia clínica

Fec. nac.

**COLOQUE LA ETIQUETA DEL PACIENTE AQUÍ O
COMPLETE ARRIBA**
NO ESCRIBA A MANO AQUÍ LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

La presente autoriza a Children's Hospital of Philadelphia y a sus afiliadas a divulgar/obtener información según se describe a continuación. Para ver un listado de entidades y prácticas médicas relacionadas, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de Children's Hospital of Philadelphia.

1. **Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido):** _____
Dirección del paciente: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Número de teléfono: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
2. **¿Cuál es el nombre de la persona o la institución que divulgará su información?** Marque el casillero que corresponda a continuación e indique el nombre, dirección y número de teléfono de la persona/institución que divulga la información.
☐ **Children's Hospital of Philadelphia** u ☐ **Otro**
Nombre de la persona / centro: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____
3. **¿Qué información se divulgará?** Fecha de la cita o del inicio de la estadía hospitalaria _____ hasta _____
☐ **Departamento de Emergencias** ☐ **Atención domiciliaria** ☐ **Paciente ambulatorio** _____
☐ **Paciente internado** ☐ **Inmunización** _____ (especifique nombre de departamento/consultorio)
☐ **Otra información (especifique)** _____
 Si existe alguna parte del registro que usted no quiere que se divulgue, indíquelo aquí: _____
 Si sus registros contienen información sobre trastornos por consumo de sustancias (drogas o alcohol), VIH o salud mental, coloque sus iniciales junto a cada tipo de información que se divulgará:
Registro del programa/tratamiento por consumo de sustancias _____ **VIH** _____ **Salud mental** _____
4. **Formato de entrega de la historia clínica:** si no se realiza ninguna selección, el valor predeterminado será en papel.
☐ **En papel** ☐ **CD** ☐ **MyCHOP** (se necesita una cuenta activa) ☐ **Fax** ☐ **Otro** _____
5. **¿Cuál es el nombre de la persona o centro que recibirá su información?** Marque el casillero que corresponda a continuación e indique el nombre, dirección y número de teléfono de la persona o centro que divulga la información.
☐ **Children's Hospital of Philadelphia** u ☐ **Otro**
Nombre de la persona / centro: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____
6. **Explique por qué la persona o centro mencionado antes necesita esta información:** _____
7. **Vencimiento.** Su permiso vence 1 año después de que usted firme este formulario, a menos que indique lo contrario. Si desea que su permiso venza en menos de 1 año, infórmenos cuándo vence. La fecha no puede ser posterior a un año a partir de este momento: _____.
8. **Comprensión de esta Autorización**
 - Esto permite la divulgación u obtención de información que existe en la historia clínica del paciente cuando se firma el formulario, así como la información creada después de que el formulario haya sido firmado, hasta la fecha de vencimiento de este.
 - Puedo cambiar de opinión en cualquier momento y retirar (revocar) mi permiso en este formulario enviando un aviso por escrito al proveedor que divulga la información, antes mencionado. Para conocer qué información está siendo divulgada por CHOP, consulte su Aviso de prácticas de privacidad para obtener instrucciones sobre cómo revocar una autorización. Si revoco este permiso, entiendo que la revocación solo se aplicará a futuras divulgaciones de mi información y que cualquier información que ya haya sido divulgada u obtenida no podrá recuperarse ni eliminarse.
 - Si esta autorización permite la divulgación de los registros del Programa de trastornos por consumo de sustancias, entiendo que la información divulgada por CHOP a mis otros proveedores de tratamiento, mis planes de salud o contratistas de CHOP con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica generalmente puede ser divulgada nuevamente por el destinatario de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), a menos que otras leyes limiten aún más el uso y la divulgación por parte del destinatario. Por ejemplo, la autoridad del receptor para utilizar o divulgar la información en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos seguirá siendo limitada.
 - La información divulgada por CHOP a destinatarios que no están cubiertos por HIPAA puede ser divulgada nuevamente por el destinatario, y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Children's Hospital of Philadelphia protegerá la información que obtiene conforme lo exigen las leyes federales sobre privacidad.
 - Mi permiso es voluntario y yo (o mi hijo) recibiré tratamiento, aunque no firme este formulario.
8. **Firma.** Al firmar este formulario, entiendo que autorizo a Children's Hospital of Philadelphia a divulgar/obtener información según lo descrito anteriormente.

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha

/ Hora

Vínculo con el paciente: ☐ Paciente ☐ Padre/madre ☐ Tutor Legal ☐ Otro: _____

Información divulgada por: _____ Fecha: _____

NUESTRO COMPROMISO CON LA DIVERSIDAD POBLACIONAL

Children's Hospital of Philadelphia cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina a las personas por su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Children's Hospital of Philadelphia no excluye a nadie ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA:

- Proporciona modificaciones razonables y ayudas y servicios gratuitos para facilitar la comunicación efectiva de las personas con discapacidades con nosotros, como:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de idioma a personas cuya lengua principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al 800-879-2467.

Si considera que Children's Hospital of Philadelphia no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, sexo o cualquier otra categoría protegida, puede ponerse en contacto con el coordinador de la Sección 1557 (1557coordinator@chop.edu) o presentar una queja ante:

The Family Relations Office
3401 Civic Center Blvd., Philadelphia, PA 19104
Teléfono: 267-426-6983

- Correo electrónico: familyrelations@chop.edu.

Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico.

Si necesita ayuda para presentar una queja, Family Relations está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), de forma electrónica mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal, por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. • SW Room 509F, HHH Building • Washington, DC 20201
Teléfono: 800-368-1019; 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en <https://www.chop.edu/nondiscrimination-statement>

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services (§ 92.11)

English

ATTENTION: If you speak, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-879-2467, then press 1 or speak to your provider.

Español - Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-879-2467, luego presione 1 o hable con su proveedor.

中文- Chinese

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-879-2467 然后按 1 或咨询您的服务提供商。

Arabic

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 18008792467، ثم اضغط على الرقم ١.

РУССКИЙ - Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-879-2467 затем нажмите 1 или обратитесь к своему поставщику услуг.

Português - Portuguese

ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-879-2467 em seguida, pressione 1 ou fale com seu provedor.

Việt - Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-879-2467 sau đó nhấn 1 hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Français - French

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-879-2467 puis appuyez sur 1 ou parlez à votre fournisseur.

Kreyòl Ayisyen - Haitian-Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-800-879-2467 apre sa peze 1 oswa pale avèk founisè w la.

Italiano - Italian

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-800-879-2467 poi premi 1 o parla con il tuo fornitore.

한국어 - Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-879-2467 그런 다음 1 을 누르세요 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

नेपाली - Nepali

नोट: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंलाई निःशुल्क भाषा समर्थन सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त समर्थन र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-800-879-2467 मा कल गर्नुहोस् र त्यसपछि 1 थिच्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

हिंदी - Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-879-2467 फिर 1 दबाएँ। पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Deutsch - German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-879-2467 an, dann drücken Sie die 1 oder sprechen Sie mit Ihrem Gesundheitsdienstleiter.

ગુજરાતી - Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓકિઝવરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-879-2467 પછી 1 દબાવો પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Polski - Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-879-2467 następnie naciśnij 1 lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

українська мова - Ukrainian

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Затеелефонуйте за номером 1-800-879-2467 потім натисніть 1 або зверніться до свого постачальника.

Tagalog – Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-879-2467 pagkatapos ay pindutin ang 1 o makipag-usap sa iyong provider.

తెలుగు - Telugu

సావధానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యాక్సెస్ చేయగల ఫార్మాట్‌లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-800-879-2467 తర్వాత 1 నొక్కండి కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రావైడర్‌తో మాట్లాడండి.

Deitsch - Pennsylvania Dutch

Wann du Deitsch (Pennsylvania German/Dutch) schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. G'geignete Hilfsmiddel un Dienscht fer Information in zugängliche Formate sin aa fer nix do. Ruf 1-800-879-2467 aa, dann drick 1 odder schwetz mit dei Dienschtleistender.