



# Autorización para la divulgación de información médica (frente)

8071-196S MR 09/20 (Translated 09/20)



Nombre completo del paciente y otros nombres utilizados anteriormente

Fecha de nacimiento

N.º de expediente médico

Dirección del paciente

Ciudad

Estado

Código postal

## - DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

**Información que se divulgará** (Marque todas las opciones que correspondan)

- Información de salud pertinente (Toda la información clínica de los últimos 2 años, incluyendo informes de radiología y laboratorio, pero no incluye imágenes)
- Todo el expediente médico (Toda la documentación electrónica e impresa en el expediente del paciente, incluyendo la que no es de carácter clínico, pero no incluye imágenes; **se pueden aplicar cargos**)
- Visitas a salas de emergencia, hospitalizaciones, o consultas en clínicas ambulatorias en la siguiente fecha o período: \_\_\_\_\_
- Estudios por imágenes: (Indique el período solicitado)  
Radiología: \_\_\_\_\_ Cardiología: \_\_\_\_\_  
Neurología: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
- Solo antecedentes y exámenes físicos
- Información sobre el consumo de alcohol y drogas o resultados de pruebas de VIH (marque con un círculo una o ambas opciones)
- Solo la última visita
- Solo los registros de vacunación
- Otro: Mencione los documentos específicos o el período solicitado: \_\_\_\_\_

## A QUIÉN SE ESTÁ DIVULGANDO

Enviar la información al siguiente: completar todos los campos:

Organización:	Teléfono:		
A la atención de:	Número de fax:		
Correo electrónico			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

## PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

**Propósito de la divulgación** (Marque todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Consulta médica del (fecha): _____ / _____ / _____	Ubicación: _____
<input type="checkbox"/> Otro tratamiento o atención en curso: _____	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

## MÉTODO DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Divulgación de la información por medio:	<input type="checkbox"/> Correo postal	<input type="checkbox"/> Recoger	<input type="checkbox"/> CD/DVD, si disponible	<input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado, si está disponible, se aplican restricciones de tamaño
	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Comunicación verbal	<input type="checkbox"/> Imágenes en la nube	<input type="checkbox"/> Correo electrónico no encriptado si está disponible, se aplican restricciones de tamaño. Se requiere una firma – ver a continuación

## REVOCACIÓN

Autorizo el uso o la divulgación de la información especificada en esta autorización en relación con el paciente mencionado anteriormente. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan realizado acciones en virtud de esta autorización. Para revocar esta autorización, debo proporcionar un aviso por escrito al departamento de Administración de la Información de Salud de Children's Mercy Hospital o a la otra organización nombrada.



# Autorización para la divulgación de información médica (Dorso)

8071-196S MR 09/20

### VENCIMIENTO:

A menos que se revoque esta autorización, esta se vencerá:

- Una vez que se complete la divulgación
- Una vez que se complete el episodio de atención

**GARANTÍA DE PAGO:** No necesito firmar una autorización específica para divulgar información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información es de forma voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento, pago o elegibilidad para recibir servicios en The Children's Mercy Hospital. Entiendo que si mi información médica protegida se divulga a alguien que no está obligado a cumplir con las protecciones federales de privacidad, dicha información puede volver a divulgarse y ya no se considerará protegida. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información, puedo comunicarme con el departamento de Administración de la Salud de The Children's Mercy Hospital al (816) 234-3455.

**Envíe el formulario completado por fax al (816) 701-4034**

Nombre del paciente, padre/madre o tutor legal con letra de molde	Relación con el paciente	(        )        - Número de teléfono
Firma del paciente, padre/madre o tutor legal:		/        / Fecha
Dirección (si fuera diferente a la anterior)	Ciudad	Estado
		Código postal

Si la autorización está firmada por un representante personal del individuo, también se debe proporcionar una descripción de la autoridad de dicho representante para actuar en nombre del individuo.

Las personas pueden solicitar su expediente médico y otra información médica protegida (PHI), o dirigir la PHI a un tercero por medios alternativos, incluyendo un medio sin encriptar. Un formato no encriptado corre el riesgo de que sea interceptado o accedido por una persona no deseada. Children's Mercy no se hace responsable de la divulgación de la PHI enviada o almacenada de manera no segura a solicitud del individuo, o de salvaguardar la información una vez proporcionada.

Firme a continuación para solicitar expedientes en un formato no encriptado. Su firma indica que comprende y acepta los riesgos de transmitir y almacenar PHI sin encriptar

Nombre en letra de imprenta del paciente, padre/madre o tutor legal	Relación con el paciente	(        )        - Número de teléfono
Firma del paciente, padre/madre o tutor legal		/        / Fecha

### Solo para uso del personal

Entregado por: _____	Fecha: _____
Enviar a HIM por fax al 816-701-4034 o por correo interno de la oficina.	

Copia para el individuo