



Autorización para la Liberación de Información de Salud Conductual

8071-171S MR 09/12 (translated 02/17)

Nombre Completo del Paciente y Nombres Usados Previamente _____ / / _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Expediente Médico _____

_____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Información requerida para la liberación de información por el Hospital Children's Mercy(CMH) – Marque todos los que correspondan:

Información de salud conductual para las fechas siguientes:
 _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____

Información de salud conductual para el siguiente plazo de fechas: _____

Propósito para la liberación de información – Marque todos los que correspondan:

Cita con Doctor en (fecha): _____ / _____ / _____ Locación: _____

Otro tratamiento o cuidado: _____

Otro: _____

CMH va a suministrar la información requerida anteriormente a la siguiente parte –Revisar y completar todo lo que corresponda:

Organización: _____ Número de Teléfono: (_____) _____ - _____

A la atención de: _____ Número de Fax: (_____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico: _____

_____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Mandar la información por: Entrega por correo Entrega personal CD/DVD, si está disponible Correo electrónico codificado, si está disponible

Yo autorizo el uso o la liberación de información especificada en esta autorización respecto al paciente mencionado anteriormente. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando se hayan iniciado acciones basadas en la presente autorización. Para revocar esta autorización, yo debo entregar una solicitud por escrito al departamento de Manejo de Información de la Salud del Hospital Children's Mercy o a la otra organización mencionada. A menos que la presente autorización sea revocada, expirará una vez que la liberación de información haya sido completada.

Yo no necesito firmar una autorización específica para revelar información sobre tratamiento, pago o procedimientos relacionados con el cuidado de la salud. Entiendo que es voluntario autorizar el permiso de difusión para esta información. Yo me puedo negar a firmar esta autorización. Yo no necesito firmar esta autorización para garantizar tratamiento. Yo entiendo que puedo inspeccionar o pedir que se me haga una copia de la información que se va a usar o revelar. Yo entiendo que si mi información protegida de la salud se difunde a alguien que no tiene la obligación de cumplir con las regulaciones federales de protección de la privacidad, entonces dicha información podría ser revelada de nuevo y ya no se consideraría protegida. Si yo tengo cualquier duda sobre la liberación de mi información, puedo contactar el departamento de Manejo de Información de la Salud del Hospital Children's Mercy al (816) 234-3455.

_____ Nombre Impreso de Paciente, Padre o Tutor Legal _____ Relación con el Paciente _____ (_____) _____ - _____ Número de Teléfono _____

_____ Firma de Paciente, Padre o Tutor Legal _____ Fecha _____ / _____ / _____

_____ Dirección (si es diferente a la ya mencionada) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____