Children's Mercy

Autorización para Divulgar Información Médica a Children's Mercy

8071-195S MR 05/18 (Translated 06/18)

Nombre completo del paciente y nombres previos | Fecha de nacimiento (/ /) | Número de expediente médico

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Información que se divulgará – Marque todas las que correspondan.

- ☐ Información de salud pertinente*
- ☐ Expediente médico completo** (incluyen todas sus citas e información en el expediente)
- ☐ Solamente el historial de citas
- ☐ Registro de vacunas
- ☐ Visita al departamento de emergencias el día: / /
- ☐ Visita como paciente ambulatorio el día: / /
- ☐ Resultados de pruebas realizadas el día: / /
- ☐ Informes de radiología
- ☐ Imágenes de radiología
- ☐ Imágenes de cardiología (incluyen electrocardiogramas EEG y EKG)
- ☐ Resultado de pruebas de VIH
- ☐ Información sobre alcohol y drogas
- ☐ Toda la información en este periodo de fechas:
- ☐ Otro: _____

La información SE ENTREGARÁ A – Complete todas las secciones.

Organización: _____

Teléfono: _____ Número de fax: ( ) –

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Divulgar información vía: ☐ Envío por correo ☐ Fax ☐ CD/DVD, si está disponible ☐ Correo electrónico, si está disponible

Propósito de la divulgación – Marque todas las que correspondan.

- ☐ Cita médica el día: / / Ubicación: _____
- ☐ Otro tratamiento o cuidado actual: _____
- ☐ Otro: _____

Enviar la información a: – Complete todas las secciones.

Organización y/o nombre: _____

Teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Yo autorizo el uso o la divulgación de la información especificada en esta autorización relacionada al nombre del paciente que aparece arriba. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan realizado acciones en las bases de esta autorización. Para revocar esta autorización, debo presentar una notificación por escrito al Departamento de Manejo de la Información de Salud del hospital Children's Mercy o a otra organización que haya sido mencionada. A menos que esta autorización sea revocada, se vencerá una vez que la divulgación haya terminado.

No necesito firmar una autorización específica para divulgar información para tratamiento, pago u operaciones del cuidado de salud. Entiendo que la autorización de la divulgación de esta información es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para que pueda recibir tratamiento. Entiendo que podría inspeccionar o haber copiado la información para su uso o divulgación. Entiendo que si se divulga mi información de salud protegida a una persona que no requiere cumplir con las protecciones de privacidad federales, dicha información podría volver a divulgarse y ya no sería considerada protegida. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información puedo comunicarme con el Departamento de Manejo de la Información de Salud del hospital Children's Mercy al (816) 234-3455.

Nombre impreso del paciente, padre o tutor Legal | Relación con el paciente | ( ) – Teléfono

Firma del paciente, padre o tutor Legal | / / Fecha

Dirección (si es diferente a la de arriba) | Ciudad | Estado | Código postal