Children's Mercy

Autorización para Divulgar Información Médica a Children's Mercy

8071-195S MR 05/18 (Translated 11/19)

Nombre completo del paciente y nombres previos

Fecha de nacimiento (/ /)

Número de expediente médico

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Información que será divulgada (marque todas las que correspondan).

- ☐ Información de salud pertinente*
- ☐ Expediente médico completo ** (incluye todas sus citas e información en el expediente)
- ☐ Solamente el historial de citas
- ☐ Registro de vacunas
- ☐ Visita al Departamento de emergencia (ER o ED) el día: ___/___/___
- ☐ Cita como paciente ambulatorio el día: ___/___/___
- ☐ Resultados de pruebas realizadas el día: ___/___/___
- ☐ Informes de radiología
- ☐ Imágenes de radiología
- ☐ Imágenes de cardiología y/o neurología (incluye EKG, EEG)
- ☐ Resultados de las pruebas VIH
- ☐ Información sobre alcohol y drogas
- ☐ Toda la Información durante estas fechas:
- ☐ Otro:

La información será divulgada por la siguiente institución (complete toda la sección).

Institución:

Número de teléfono: Número de fax: ( ) –

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Enviar la información por: ☐ Correo ☐ Fax ☐ CD/DVD, si está disponible ☐ Correo electrónico, si está disponible

Razón por la divulgación (marque todas las que correspondan).

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

Enviar la información a la siguiente institución (complete toda la sección).

Nombre de la institución:

Número de 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 arriba mencionado. 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