



# Children's Mercy 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: | <input type="checkbox"/> Entrega por correo | <input type="checkbox"/> Entrega personal | <input type="checkbox"/> CD/DVD, si está disponible | <input type="checkbox"/> 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 al 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 | (____) _____ - _____<br>Número de Teléfono |               |
| Firma de Paciente, Padre o Tutor Legal          |                          | _____/_____/_____<br>Fecha                 |               |
| Dirección (si es diferente a la ya mencionada)  | Ciudad                   | Estado                                     | Código Postal |