

Autorización para divulgar la información de salud protegida

Información del paciente	Nombre del paciente: _____ # de historia clínica: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Apellidos Nombre(s) (TCH lo completa) </div> Domicilio _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____ # de seguro social _____ Padre/Tutor/Solicitante que llena el formulario: _____		
Extiéndase a	Autorizo a The Children's Hospital para que extienda la información de la historia clínica a: Nombre _____ Domicilio _____ _____ Teléfono _____ Fax _____	Finalidad:	Con la siguiente finalidad: <input type="checkbox"/> Continuación del cuidado <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Otro _____
Información por divulgar	Fechas del tratamiento: De _____ A _____ <input type="checkbox"/> Info. pertinente (resumen del alta, anamnesis & exploración física, rayos-X, laboratorio, cirugía, EKG, etc.) <input type="checkbox"/> Sala de urgencias/Atención de emergencia <input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación <input type="checkbox"/> Información clínica/Anotaciones <input type="checkbox"/> Dictámenes de laboratorio <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Resultados de radiología <input type="checkbox"/> Copia de las placas <input type="checkbox"/> Historia clínica completa (excepto _____) <input type="checkbox"/> Otro _____ Las leyes estatales/federales requieren de una autorización específica para divulgar los siguientes tipos de información. Por favor, ponga sus iniciales junto al tipo de información que se divulgará: _____ Relacionada con el VIH/SIDA _____ Pruebas genéticas _____ Drogadicción./Alcoholismo _____ Salud mental _____ Anotaciones de psicoterapia _____ Anemia drepanocítica	Cargos :	Corresponden las siguientes cuotas autorizadas por la ley estatal de Colorado: \$ 14.00 - 1 - 10 páginas \$.50/pág. - 11- 40 páginas \$.33/pág. - c/pág. adicional \$1.50 por pág. de micropelícula Placa de rayos-X - \$14.00 por hoja CD de rayos-X - \$14.00 por CD
Instrucciones de entrega:	<input type="checkbox"/> Llame al solicitante para que recoja los expedientes cuando estén listos. <input type="checkbox"/> Envíe los expedientes por correo directamente a la persona u organización especificada. <input type="checkbox"/> Otro _____ Autorizo a _____ para que recoja mis historias clínicas. _____ Parentesco con el paciente	Confirmación	Confirmación de entrega: _____ Firma Fecha _____ ___ CD ___ Placa _____ La placa existente se extrajo
Autorización del Paciente/Representante autorizado	<p>Comprendo que: (1) Mi firma en este formulario es completamente voluntaria. (2) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito y, de hacerlo, no tendrá efecto alguno en cualquier acción que se haya tomado antes de recibir la revocación. Se pueden encontrar más detalles en el Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices). (3) Si el solicitante o el destinatario no es un plan de salud o un proveedor de cuidado a la salud, el destinatario puede extender la información divulgada y puede ya no estar protegida por los reglamentos de privacidad federales. (4) Si no firmo este formulario, mi cuidado de salud, el pago de mi cuidado de salud o mi capacidad de inscripción para beneficios no se verán afectados. (5) Puedo revisar u obtener una copia de la información de salud que se me ha solicitado divulgar.</p> <p>Vigencia: Sin manifestar mi revocación, este consentimiento caducará automáticamente una vez que se satisfaga la necesidad de la divulgación; en todo caso caducará dentro de 180 días a partir de la fecha del presente documento, a menos que se indique lo contrario: _____.</p> <input type="checkbox"/> Si se marca esta casilla, la institución recibirá una compensación por el uso o divulgación de mi información.		
	Firma _____	Parentesco con el paciente _____	Fecha _____

Health Information Mgmt / TCH / 13123 E. 16th Ave. Box 150 / Aurora, CO 80045
 720-777-4259 / Fax 720-777-7251
 Radiology 720-777-8625 / Fax 720-777-7132

