



AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN DE SALUD

Por la presente autorizo al Hospital *Children's* a divulgar la siguiente información del expediente de salud de:

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nac. _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código postal _____

Cubriendo el(los) período(s) de cuidado a la salud

Desde (fecha) _____ Hasta (fecha) _____

Información a ser divulgada:

- Expediente(s) de Salud Completo(s)
 - Hospital
 - Clínicas de pacientes externos
 - Family Support
 - Urgencias
 - Home Healthcare
 - Children's Physicians
- Resúmen del Alta
- Notas de Progreso
- Pruebas de Laboratorio
- Fotos, videos, imágenes digitales u otros
- Expediente de Salud Completo A EXCEPCIÓN DE: _____
- Historial y Examen Físico
- Reportes de Radiografías
- Reportes de Consultas
- Otros: _____

Yo entiendo que esto incluirá información relacionada con (marque si corresponde):

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o infección de Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH)
- Servicios de Salud de Comportamiento/ Cuidado Psiquiátrico
- Expediente de la Clínica de Trastornos de la Alimentación

Esta información es para ser divulgada a (Nombre y Dirección) _____

para el propósito de _____

Yo entiendo que esta información puede ser revocada por escrito, en cualquier momento, con la excepción de que ya se haya tomado acción en acuerdo con esta autorización. A no ser que haya sido revocada, esta autorización vencerá para la siguiente fecha, evento o condición (Si no es especificado, vencerá 6 meses a partir de la fecha en que se firmó):

Esta localidad, sus empleados, oficiales, y médicos, por la presente se liberan de cualquier responsabilidad legal por revelar la información mencionada y por la presente indicada y autorizada. Por favor, considere que es práctica del Hospital *Children's* de dar solamente información creada por esta entidad y no información que ya se haya dado y creado en otro lugar.

Firmado _____ Fecha _____
(Paciente)

_____ Fecha _____
o (Guardián legal) (Parentesco con el Paciente)

_____ Fecha _____
(Firma del Testigo) (Parentesco con el Paciente)

Fecha de Vencimiento: _____
(Válido solo por 180 días desde la fecha que se firmó)

Please complete this Box before sending to HIM

____ Records need to be released by HIM

____ Records have been released (check one below)

____ Verbal ____ Faxed ____ Mailed ____ In-person

Name: _____ Date: _____