

Autorización para Obtener y/o Divulgar Información Médica Protegida (“PHI”)

Este formulario, si está firmado, autorizará a Cook Children’s Health Care System (“CCHCS”) a obtener y/o divulgar cierta información de salud sobre la persona nombrada a continuación. Todos los artículos deben ser completados y la autorización firmada y fechada por una persona autorizada para ser válido. Puedo negarme a firmar esta autorización y entiendo que CCHCS no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios sobre si firmo o no esta autorización.

1. Autorizo CCHCS (*Por favor marcas odos los que correspondan*):

- Centro Médico Nombre del Médico/Nombre de la Clínica: _____
 Home Health (Cuidado Casero); para obtener y/o divulgar información de salud, como se describe a continuación, del expediente médico de:

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

2. La información especificada a continuación puede ser obtenida y/o divulgada a:

Nombre de la Persona/Organización _____ Número Telefónico _____

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____ Número de Fax _____

3. La información del paciente se necesita por (*Por favor marcas todos los que correspondan*):

- Uso Personal/Acceso Personal Militar Seguro Social/Incapacidad
 Mercadeo Reclamos/Cobranzas de Seguro Educación
 Continuación de Cuidado Médico Propósito Legal Otros: _____

4. Debe elegir uno: Yo quiero O Yo no quiero que la información especificada que será divulgada que incluya antecedentes, diagnóstico y/o tratamiento para: Genética, VIH/SIDA/pruebas, Enfermedades Transmisibles, Drogas/Alcohol, Enfermedades de Salud Mental.

5. Información que se divulgará y/u obtendrá (*Por favor marcas todos los que correspondan*):

Días Específicos de Servicio: _____

- Reportes de Hospitalización Reportes de Consulta Resumen de alta Hoja de registro
 Reportes Operativos Archivos de Sala de Emergencias Imágenes de rayos equis
 Historial y Físico Evaluaciones de Audio, Terapia Física u Ocupacional o de Habla
 Reportes de laboratorios Reportes de Patología Notas de Progreso Reportes de Radiología
 Información médica/imágenes para mercadeo o educación Notas de Clínicas Especializadas
 Otros: _____

Aprobar la comunicación verbal con _____ fecha de visita _____ Inicial _____

6. Entiendo y reconozco las siguientes declaraciones: se me puede pedir que muestre una prueba de que tengo la autoridad para firmar esta autorización. Es posible que se me cobre una tarifa por cualquier copia de mis registros médicos o los registros médicos de mi hijo de acuerdo con las regulaciones federales y estatales. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito a: **Cook Children’s Health Care System, Health Information Management Department, 801 7th Avenue, Fort Worth, Texas 76104**. Mi revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Después de que se publique la información médica anterior, puede ser re-liberada por el destinatario y la información ya no puede estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.

REVOCACIÓN: A menos que se revoque lo contrario por escrito, esta autorización es válida hasta la siguiente fecha específica (opcional): Día _____ Mes _____, Año _____. Para los pacientes menores de 18 años en el momento de la firma de esta autorización, si no se indica la fecha de caducidad, esta autorización es válida hasta el 18vo. cumpleaños del paciente. Para los pacientes mayores de 18 años en el momento de la firma de esta autorización, si no se indica fecha de caducidad, esta autorización expirará 2 años a partir de la fecha en que se firme este formulario.

7. _____
Firma del Paciente/Padre/Representante Legalmente Autorizado Nombre impreso del Paciente/Padre/Representante Legalmente Autorizado Fecha Hora

8. _____
Relación al paciente

PRINT OR IMPRINT PATIENT INFORMATION



CSN _____

801 7th Avenue
Fort Worth, Texas 76104-2796

MRN _____