

## **AUTORIZACIÓN PARA EL USÓ Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN PRÓTEGIDA DE SALUD**

Este formulario, de ser firmado, autorizara a Cook Children's Northeast Hospital (CCNH) a usar y revelar cierta información de salud de la persona mencionada abajo. Se deben de llenar todos los artículos y firmar la autorización y poner la fecha por una persona autorizada para que sea válida. Entiendo que esta autorización es voluntaria, puedo rehusarme a firmar esta autorización y entiendo que CCHCS no puede negarse a dar tratamiento porque yo me rehúse a firmar esta autorización.

1. Yo autorizo a CCNH a revelar la información de salud, como se describe abajo, del expediente médico de:

Nombre completo del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

2. La información especificada abajo puede ser revelada a:

Nombre/Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

3. El(los) propósito(s) específico(s) de esta revelación es/son [marque (✓) su(s) selección(es)]: ☐ mis expedientes personales; ☐ compartarlos con otros proveedores de cuidado médico como sea necesario ☐ Otro (por favor describa): \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ Yo quiero \_\_\_\_\_ Yo no quiero [marque (✓) uno] que la información específica que será revelada incluya el historial, diagnóstico y/o tratamiento de análisis de VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, drogas/alcohol, enfermedades de la salud mental.

5. ESPECIFIQUE LA INFORMACIÓN EXACTA QUE SERA REVELADA: (1) Ponga una palomita (✓) al lado de la información médica específica que será revelada, (2) anote las fechas específicas de tratamiento y;

<input checked="" type="checkbox"/> <b><u>INFORMACIÓN</u></b>	<b><u>FECHAS DE SERVICIO</u></b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b><u>INFORMACIÓN</u></b>	<b><u>FECHAS DE SERVICIO</u></b>
<input type="checkbox"/> Resumen para darlo de alta	_____	<input type="checkbox"/> Reporte de Operación	_____
<input type="checkbox"/> Historial & Físico	_____	<input type="checkbox"/> Cuidado Emergencia	_____
<input type="checkbox"/> Reporte de Consulta	_____	<input type="checkbox"/> Cuidado Urgente	_____
<input type="checkbox"/> Reporte de Imágenes	_____	<input type="checkbox"/> Reportes de hospitalización	_____
<input type="checkbox"/> Proyección de imagen de CD	_____	<input type="checkbox"/> registros de facturación	_____
<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifica )	_____		

6. **Yo entiendo y reconozco las siguientes declaraciones:** Se me puede pedir que muestre pruebas de que yo tengo la autoridad de firmar una autorización para revisar, recibir o revelar a terceros copias del expediente médico del paciente nombrado arriba lo cual estoy pidiendo. Para poder revisar o recibir una copia del expediente médico para mí, debo de llenar y firmar este formulario de autorización. Si yo lo pido, puedo revisar la información médica que será revelada a terceros después de firmar esta forma. A menos de que sea requerido o permitido por la ley, la información médica no será revelada a terceros, si, después de revisar la información médica, Yo revoco esta autorización antes de la revelación de la información médica. Después de que la información mencionada sea revelada, puede volver a ser revelada por el destinatario y puede ser que la información ya no esté protegida bajo leyes o regulaciones de privacidad federales. Una fotocopia o copia transmitida por fax es tan válida como la original. Se me cobrara un cargo por cualquier copia de mis expedientes médicos o de los expedientes médicos de mi hijo/a que yo pida para mi uso o para uso de otros. Los cargos por las copias deben de pagarse antes de que se me entreguen las copias. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a CCNH por escrito a **ATTN: Cook Children's Northeast Hospital, Health Information Department**, de mi intención de revocar esta autorización, excepto que si Yo notifico a CCNH por escrito de mi intención de revocar esta autorización, tal revocación no tendrá ningún efecto en cualquier acción que CCNH haya hecho antes de esta revocación. A no ser que sea revocada por escrito, esta autorización SE VENCERÁ EN 180 DÍAS de la fecha en que se firmo este formulario.

7. \_\_\_\_\_  
Fecha Firma del Paciente, Padre/Madre, o Representante Legalmente Autorizado Parentesco al Paciente

8. \_\_\_\_\_  
Nombre en letra molde del Paciente o Representante Legalmente Autorizado Patient ID# (Sólo para el uso de la oficina)

**NOTA: Se deben completar todos los artículos en esta autorización para que sea válida y ejecutable**



ROI

017931 (REV 9/16)

**CookChildren's**

Northeast Hospital  
6316 Precinct Line Rd  
Hurst, Texas 76054

Patient Label/ Information Here



## GUÍA PARA EL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

### **Cómo obtener autorización**

Para solicitar una copia o que le envíen una copia de los expedientes médicos a otra persona, llame al Departamento de Gestión de Información de Salud de Cook Children's Northeast Hospital al 817-605-2984, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Con gusto le enviaremos un formulario por correo postal, fax o correo electrónico.

### **Quién debe autorizar la divulgación de la información**

Los padres o los tutores legales (sin restricciones impuestas por un tribunal) pueden obtener o autorizar la divulgación de la información médica protegida de los expedientes médicos de Cook Children's Northeast Hospital de su hijo. Las personas mayores de 18 años de edad deben autorizar la divulgación de su propia información.

### **Autorización por escrito: Qué debe hacer**

1. Lea detenidamente el formulario de autorización.
2. Proporcione toda la información solicitada.
3. Sea muy específico acerca de la información que debe divulgar. Escriba la fecha, los tipos de visitas y las partes de los archivos médicos que necesita. (Si no conoce las fechas específicas del servicio, puede usar un rango de fechas; por ejemplo, mes y año, o solo el año).
4. Para informes de exámenes por imágenes (es decir, radiografías, ecografías, resonancias magnéticas, etc.), marque la casilla en el formulario que necesita informes de exámenes por imágenes.
5. Firme y feche la autorización con su firma legal completa.
6. Recuerde que le devolveremos el formulario si falta información o está incompleta. Esto podría retrasar la divulgación de la información.
7. Envíe el formulario de autorización completado por correo a:

Attention: HIM Medical Record Release  
Cook Children's Northeast Hospital  
6316 Precinct Line Rd  
Hurst, Texas 76054  
o  
por fax al 817-605-2985.

### **Antes de divulgar archivos médicos**

Para recoger una copia de los archivos médicos: debe proporcionar una tarjeta de identificación con foto actual válida emitida por el gobierno para recoger archivos médicos de nuestra oficina.

Para solicitar que le envíen una copia de los archivos médicos por correo: debe proporcionar una copia legible de una tarjeta de identificación con foto actual válida emitida por el gobierno (es decir, licencia de conducir, pasaporte, etc.) junto con el formulario de autorización completado para solicitar que le envíen los archivos médicos por correo desde nuestra oficina.

### **Tarifa por la divulgación**

Se cobra una tarifa por la divulgación de copias de expedientes médicos. Esta tarifa se debe pagar en el momento en que se completa la divulgación o antes.

### **Cuándo se realizará la divulgación**

Debido a la cantidad de solicitudes que recibimos, es posible que la solicitud tarde hasta 15 días hábiles en procesarse. Si planifica recoger los archivos médicos, llame con anticipación para asegurarse de que estén listos cuando usted llegue.

Si tiene alguna pregunta relacionada con la información anterior, comuníquese con HIM al 817-605-2984.