

Formulario de Autorización para obtener y/o revelar información protegida de la salud ("PHI")

Este formulario, de ser firmado, autoriza a Cook Children's Health Care System ("CCHCS") a usar y revelar cierta información de salud de la persona mencionada abajo. Todos los elementos deben estar completos y la autorización firmada y fechada por una persona autorizada para que sea válida. Puedo negarme a firmar esta autorización y entiendo que CCHCS no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a si firmo esta autorización.

1. Yo autorizo a CCHCS (*Por favor marque todos los que apliquen*):

Centro Medico – Fort Worth Centro Medico – Prosper Nombre del Doctor/Clínica: _____

Cuidado Casero; 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 obtenida y/o revelada a:

Nombre de persona/compañía

Teléfono

Dirección, ciudad, estado, código postal

Número de fax

3. La información del paciente es necesaria para (*Por favor marque todos los que apliquen*):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Uso personal/acceso de pacientes | <input type="checkbox"/> Militar | <input type="checkbox"/> Seguro social/discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Mercadotecnia | <input type="checkbox"/> Seguros/Facturación/Reclamaciones | <input type="checkbox"/> Educación |
| <input type="checkbox"/> Atención médica continuada | <input type="checkbox"/> Propósitos legales | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

4. Debe escoger uno: Yo quiero O Yo no quiero que la información específica que sea revelada incluya el historial, diagnóstico y/o tratamiento de análisis de VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, drogas/alcohol, enfermedades de la salud mental.

5. La información especificada abajo puede ser obtenida y/o revelada a: (*Por favor marque todos los que apliquen*):

Especificar las fechas de tratamientos/servicios: _____

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reportes de hospitalización | <input type="checkbox"/> Reportes de consulta | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Planilla del paciente |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Operación | <input type="checkbox"/> Reporte de la sala de Emergencia | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiografías | <input type="checkbox"/> Historial & Físico |
| <input type="checkbox"/> Evaluación(es) de terapia física, ocupacional y del habla | | <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio | |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | | <input type="checkbox"/> Reportes de patología | |
| <input type="checkbox"/> Reportes de radiología | <input type="checkbox"/> Información médica/imágenes para mercadotecnia o educación | | |
| <input type="checkbox"/> Notas de la clínica de especialidades | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Autoriza comunicación verbal con

Fecha de la visita

Iniciales

6. Yo entiendo y reconozco las siguientes declaraciones: Se me puede pedir que muestre pruebas de que tengo la autoridad para firmar esta autorización. Es posible que se me cobre una tarifa por cualquier copia de mi historial médico o del historial médico 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, Departamento de Administración de Información de Salud, 801 7th Avenue, Fort Worth, Texas 76104**. Mi revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. Después de que se divulgue o publique la información médica anterior, el destinatario puede volver a publicarla y es posible que la información ya no esté 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): Mes _____ Día _____, Año _____. Para los pacientes menores de 18 años en el momento de la firma de esta autorización, si no se indica fecha de caducidad, esta autorización es válida hasta que el paciente cumpla 18 años. Para 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.

Nombre impreso del paciente/padre/madre o representante legamente autorizado
Printed Name of Patient/Parent or Legally Authorized Representative

Parentesco / Relationship

Firma del paciente/padre/madre o representante legamente autorizado
Signature of Patient/Parent or Legally Authorized Representative

Fecha / Date

Hora / Time

Description: ROIRequest

PRINT OR IMPRINT PATIENT INFORMATION

CSN: _____

MRN: _____

