

AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE CON LA ESCUELA

Nombre del paciente: _____

N.º de expediente médico de Seattle Children's (si lo sabe) _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Autorizo al Hospital Seattle Children's a: (marcar donde corresponda):

Obtener información de Divulgar información a Intercambio oral únicamente

Escuela y persona de contacto (en caso de saberlo): _____ Atención: _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

Información para ser divulgada a la escuela/contacto:

Fechas de servicio correspondientes a los expedientes solicitados: de _____ a _____

Notas clínicas de paciente externo Reportes de ergoterapia Reportes de fisioterapia
 Resumen de alta Reportes de habla y lenguaje Reportes de nutrición
 Otro: _____ Otro: _____ _____

Información para ser obtenida de la escuela/contacto:

Fechas de servicio de los expedientes solicitados: de _____ a _____

Evaluaciones/pruebas psicológicas Expedientes de tratamientos médicos (incluyendo notas clínicas)
 Expedientes de salud del alumno Reportes de fisioterapia
 Pruebas/expedientes educativos Reportes de ergoterapia
 Plan de educación individualizado (PEI) Expedientes de servicios especiales Reportes de habla/lenguaje
 Plan de servicios de intervención temprana Reportes de audiología
 Medicinas actuales/pasadas Otro _____

Si los expedientes se obtienen de una escuela, enviar los expedientes solicitados a:

Seattle Children's Hospital, Attn: _____ Mailstop _____
P.O. Box 5371, Seattle, WA 98145, Teléfono _____ Fax _____

Seattle Children's: Bellevue Clinic Everett Clinic Federal Way Clinic Olympia Clinic Tri-Cities Clinic
 Bellevue at Overlake Medical Tower South Sound Cardiology Pediatric Cardiology of Alaska Odessa Brown
 Otro _____ *Ver al reverso las direcciones de las clínicas*

Yo entiendo que:

- La autorización de la divulgación de esta información médica es voluntaria. No necesito firmar este formulario para garantizar tratamiento o pagos.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito al Departamento de Administración de Información Médica. Yo entiendo que una vez divulgada la información de acuerdo con los términos de esta autorización, la información no puede ser retractada.
- Toda divulgación de información corre el riesgo potencial de ser divulgada o distribuida por el destinatario que quizás no esté protegido por las leyes de confidencialidad.

Esta autorización caduca en un año a partir de la fecha de firma abajo a menos que otra fecha o evento se indique aquí: _____

Excepción: Si se divulga la información del paciente a un empleador o institución financiera, esta autorización es válida solamente por 90 días a partir de la fecha en que se firmó.

Firma del paciente/representante legal

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

(____) _____
Número de teléfono

Fecha en que se firmó

Hora

Divulgación de información que requiere consentimiento específico- Yo autorizo específicamente la divulgación de la información médica indicada abajo:

Enfermedades/salud mental Abuso de alcohol/drogas Enfermedades venéreas (incluye el VIH/SIDA) Servicios relacionados con la procreación

Firma del paciente/representante legal

Nombre en letra de molde

Fecha en que se firmó

Hora

Menores de edad - Se requiere la firma del paciente menor de edad para divulgar la siguiente información: 1) condiciones relacionadas con la procreación, incluye, entre otros, los servicios relacionados con el control de la natalidad y el embarazo, enfermedades venéreas, incluido el VIH/SIDA (14 años de edad y mayores) y 2) diagnóstico o tratamiento de abuso de sustancias y afecciones de salud mental (13 años de edad y mayores).

Clinic/Unit:

For Obtain requests: mail or fax authorization, then place copy in chart. If chart is unavailable, send copy to HIM Filing, A-4902.

For Release requests: Do you need HIM Department to send these records? Yes No

If YES, send authorization to HIM, A-4902 If NO, place copy in chart, or send copy to HIM Filing, A-4902.

Name: _____ Clinic/Unit: _____ Ext: _____

Please Print

MÁS INFORMACIÓN AL REVERSO



Seattle Children's

HOSPITAL · RESEARCH · FOUNDATION



52360-S

AUTHORIZATION TO EXCHANGE

PATIENT HEALTH INFORMATION WITH SCHOOL

PATIENT LABEL

Guías para completar el formulario que autoriza el Intercambio de Información Médica del Paciente con la Escuela

Propósito: Solicitar a la escuela que comparta información acerca de su niño con un proveedor de atención de la salud del hospital Children's, solicitar que el proveedor de atención médica del hospital Children's comparta información con alguien en la escuela de su niño, o ambas cosas.

Instructions to Staff:

- Check for completeness/legibility of key information:
 - Patient information
 - School contact's name and address
 - Clear indication of information being requested (both release and obtain portions, if appropriate)
 - Complete information about Children's recipient (clinic or provider)
 - Legal representative/patient's signature and contact information
- Complete the staff box, including your signature and department name and extension (to be contacted in case of a question)

What to do with the form:

- For Obtain requests: Mail or fax form to the school contact and
 - Place copy in chart, or
 - If chart unavailable, send to HIM filing (A-4902)
- For release requests, clinic should provide information, if possible
 - Place copy in chart, or
 - If chart unavailable, send to HIM filing (A-4902)
- If you need HIM to send these records, please send to HIM (A-4902) with "yes" box in staff section checked

Guía para las familias:

Cómo completar el formulario:

- Por favor llene todas las secciones pertinentes de este formulario, incluidas las siguientes:
 - Información del paciente
 - Nombre y dirección del contacto en la escuela
 - Firma del representante legal/paciente e información de contacto

A dónde llevarlo o enviarlo:

- Si usted completa este formulario en el hospital Children's, entrégueselo al personal de la clínica o unidad de pacientes internados para que se envíe al departamento de Información de Salud.
- Si usted completó este formulario en su casa, envíe el formulario completado por correo o fax al departamento de Información de Salud de Seattle Children's a: PO Box 5371 M/S A-4902 Seattle, WA 98145

A dónde llamar si tiene preguntas acerca del formulario:

- Complete este formulario en la clínica con la asistencia de miembros del personal, o
- Llame al Departamento de Información Médica: (206) 987-2173

Información adicional

CONSENTIMIENTO DE MENORES DE EDAD

Se requiere la firma de pacientes menores de edad para divulgar la siguiente información: 1) servicios relacionados con la procreación, incluidos, entre otros, los servicios relacionados con el embarazo y el control de natalidad y las enfermedades venéreas, incluido el VIH/SIDA (14 años de edad y mayores) y 2) diagnóstico o tratamiento de abuso de sustancias y afecciones de salud mental (13 años de edad y mayores).

CARGOS POR COPIAR EXPEDIENTES MÉDICOS

Es posible que haya cargos por copiar expedientes médicos. Por favor pida información al personal de Divulgación de Información acerca de la lista de precios. Habrá cargos por copiar el expediente médico completo.

PROHIBICIÓN DE REDIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Las leyes federales y estatales prohíben la redivulgación de información sobre tratamiento para el abuso de drogas y alcohol, información acerca de enfermedades venéreas o información sobre salud mental sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien le pertenece la información, o según lo permita la ley. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este fin. Las reglas federales impiden el uso de la información para investigar o procesar penalmente a un paciente de abuso de drogas o alcohol.

Direcciones de las clínicas

Seattle Children's Bellevue at Overlake Medical Tower, 1135 - 116th Ave NE, Suite 400, Bellevue, WA 98004, Tel. 425-454-4644, Fx. 425-451-0214

Seattle Children's Everett Clinic, 900 Pacific Ave, Suite 100, Everett, WA 98201, Tel. 425-304-6080, Fx. 425-304-6085

Seattle Children's Federal Way Clinic, 34503 9th Ave S., Suite 300, Federal Way, WA 98003, Tel. 253-838-5878, Fx. 253-838-1962

Seattle Children's Olympia Clinic, 615 Lilly Road NE, Suite 140, Olympia, WA 98506, Tel. 360-459-5009, Fx. 360-459-8785

Seattle Children's Tri-Cities Clinic, 969 Stevens, Suite 1B, Richland, WA 99352, Tel. 509-946-0976, Fx. 509-946-0983

Seattle Children's Bellevue Clinic, M/S CB-21, PO Box 5371, Seattle, WA 98145-5005, Tel. 425-454-4644, Fax 425-455-1711

South Sound Cardiology, 1901 South Cedar Street, Suite 103, Tacoma, WA 98405, Tel. 253-272-1812, Fax 253-682-1455

Pediatric Cardiology of Alaska, 3260 Providence Drive, Suite 321, Anchorage, AK 99508, Tel. 907-261-3655, Fax 907-261-3160

Odessa Brown Children's Clinic, 2101 E. Yesler Way, Seattle, WA 98122, Tel. 206-987-7210, Fax 206-987-7206