

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Solicitante: Todas las secciones sombreadas son obligatorias para que Seattle Children's pueda tramitar esta solicitud

Nombre del paciente: _____ **F. nacim.** ____/____/____

Autorizo que Seattle Children's Hospital divulgue información a:

Organización/individuo: _____ Atn: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

Marque esta casilla para recibir la información solicitada en formato electrónico o disco compacto (CD); de lo contrario se enviará una copia impresa al destinatario. Los expedientes electrónicos (excepto las imágenes de Radiología) se protegen con contraseña. Indique su dirección electrónica para recibir la contraseña. Si no indica una dirección de correo electrónico la contraseña se enviará por separado a la dirección postal de arriba.

Correo electrónico: _____

Información que se divulgará a la organización/individuo:

Solicita expedientes: de _____ a _____ Expedientes de alcoholismo/drogadicción

Resúmenes de alta Informes quirúrgicos Informes radiológicos Expedientes de emergencias

Informes de lab/patología Notas clínicas Imágenes radiológicas Otro _____

Otro (aclare) _____

Puede corresponder un cargo por copiar el expediente, ver al reverso.

Propósito de la divulgación de la información:

Seguimiento médico Copias para uso propio Transferencia a otro proveedor médico

Asunto jurídico Coordinación con la escuela Otro (aclare) _____

Divulgación que requiere consentimiento específico

Menores - Se requiere la firma del menor para divulgar la siguiente información: 1) afecciones relacionadas con la salud reproductiva entre otros, anticoncepción y servicios relacionados con embarazo y enfermedades venéreas, incluso VIH/SIDA (14 años y mayores), 2) afecciones mentales (mayores de 13 años) y 3) diagnóstico o tratamiento de alcoholismo y drogadicción (esta información está sujeta a la regla federal 42 CFR, Parte 2, ver al reverso).

Autorizo específicamente a Children's para que divulgue la información médica marcada a continuación:

Atención reproductiva Enfermedades venéreas (inc. VIH/SIDA) Salud/enfermedad mental Alcoholismo/drogadicción

Firma del paciente menor

Nombre en letra de imprenta

Fecha / Hora

Se requiere firma para la divulgación de información

Entiendo que:

- Autorizar la divulgación de esta información es una acción voluntaria. No tengo que firmar este formulario para asegurar tratamiento o pago.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por carta al Health Information Management Department. Entiendo que una vez que la información haya sido divulgada de conformidad con los términos de esta autorización, no será posible cancelarla.
- Toda divulgación de información conlleva el potencial de ser divulgada o distribuida por el destinatario sin el amparo de las leyes de confidencialidad.

Esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma, abajo, a menos que se indique otra fecha o acontecimiento aquí _____.
Excepción: Si la información del paciente se entregará a un empleador o institución financiera, esta autorización sólo tiene una validez de 90 días de la fecha de firma.

Firma del paciente/representante legal

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

(____) _____
Número de teléfono

Fecha / Hora de firma

SOLICITANTE Usted puede:

- Entregar al personal de la clínica o unidad para remisión al Health Information Management Department
- Enviar por correo o fax al Health Information Management Department (datos abajo)
- Entregar en persona en Health Information Management Department de lunes a viernes de 8:00AM - 4:00PM.

CLINICAL STAFF Has this request been processed by Clinical Staff or Unit?

Yes - file Authorization in patient record or send to M/S A-4902 ATTN: **Filing Dept.**

No - have this request processed by Release of Information staff, forward to M/S A-4902 ATTN: **HIM**

CONSULTE AL DORSO PARA MÁS INFORMACIÓN



PO BOX 5371 MAIL STOP A-4902
SEATTLE, WA 98145 - 5005
TELÉFONO 206-987-2173 FAX 206-985-3252



PATIENT LABEL

Orientación para completar el formulario Divulgación de Información Médica

Propósito: Pedirle a Children's que le proporcione información médica sobre su hijo a alguien ajeno a Children's.

Instructions to Staff:

- This authorization form does not need to be completed when clinic staff or unit provides the information directly to the legal representative or current outside provider.
- For other recipients, or where clinic is not able to provide information, send to HIM (A-4902), but first:
- Check for completeness/legibility:
 - Patient information
 - Recipient's name and complete address
 - Clear information about what is requested for release
 - Signature and contact information for legal representative
 - Minor's signature (where required for specific consent)
- If requested, give parent/legal representative directions to HIM department for hand delivery.

Instrucciones para familiares:

Para completar el formulario:

- Revise que estén completas todas las secciones pertinentes, incluso:
 - Información del paciente
 - Información del destinatario
 - Información específica a divulgar
 - Firma del representante legal/paciente e información de contacto

A dónde enviar el formulario:

- Si lo completa en Children's, entregarlo a un empleado de la clínica o unidad para envío al departamento de información médica (Health Information Department)
- Si lo está completando en casa, enviar por correo o fax al departamento de información médica de Seattle Children's (dirección al frente)

A dónde llamar si tiene preguntas:

- Departamento de información médica: (206) 987-2173

Información adicional

CONSENTIMIENTO DE MENOR

Se requiere la firma del menor para divulgar la siguiente información: 1) afecciones relacionadas con la atención reproductiva, que incluye pero no se limita a anticoncepción y servicios relacionados con embarazo y enfermedades venéreas, incluso VIH/SIDA (14 años y mayores), diagnóstico o tratamiento por alcoholismo y drogadicción (mayores de 13 años de edad) y 3) afecciones de la salud mental, (13 años y mayores).

CUOTA POR COPIAR LOS EXPEDIENTES MÉDICOS

Puede corresponder una cuota por copiar los expedientes médicos. Pregúntele al personal de divulgación de información sobre los cargos. Se cobrará por copiar todo el expediente.

PROHIBIDA LA REDIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Las leyes federales y estatales prohíben la redivulgación de información sobre enfermedades venéreas o salud mental sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien se refiere la información o según lo permita la ley. Para este fin NO es suficiente una autorización general para la divulgación de información médica o de otra naturaleza.

Los expedientes sobre alcoholismo y drogadicción y su tratamiento están protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben que el destinatario de esta información vuelva a divulgarla a menos que se lo permita expresamente por medio de consentimiento escrito la persona a quien le pertenece, o según lo permita la regla 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para ese fin. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o acusar penalmente a pacientes con problemas de alcoholismo o drogadicción.