

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

AUTORIZACIÓN PARA QUE SE DIVULGUE LA INFORMACIÓN MEDICA

Solicitante: Favor de leer y completar todo el formulario para que el Hospital Children's procese su petición:

Nombre del Paciente: _____

Número de Expediente de Children's (si lo sabe) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Yo autorizo que el Hospital Children's y el Centro Medico Regional divulguen la información a:

Organización/Individuo: _____ Atención: _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono # (____) _____ Fax # (____) _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ A LA ORGANIZACIÓN/INDIVIDUO:

Fechas de servicio y expedientes solicitados: de _____ a _____

- Resúmenes de alta Reportes de Operación Reportes de Radiología Registros del Departamento de Emergencia
 Reportes de Laboratorio/Patología Notas de la Clínica Placas de Radiología Otro (favor de especificar) _____
 Otro (favor de especificar) _____

Puede que se cobre por copiar el expediente del paciente, vea el lado de atrás.

MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN:

- Continuar con el tratamiento Copias para uso propio Transferencia a otro proveedor Legal
 Legal Coordinación con la escuela Otro (favor de especificar) _____

Yo comprendo que:

- El autorizar que se divulgue la información médica se hace voluntariamente. No necesito firmar este formulario para asegurar tratamiento o pago.
- En cualquier momento puedo cancelar esta autorización escribiendo al Departamento Administrativo de Información Medica. Comprendo que una vez que la información se haya divulgado de acuerdo con los términos de esta autorización, no se puede pedir que se regrese la información.
- Cualquier divulgación de información tiene el riesgo de que el destinatario la divulgue o la distribuya y no esté protegida por las leyes de confidencialidad.

Esta autorización vencerá un año a partir de la fecha de la firma a menos que otra fecha o evento se anote aquí _____
Excepción: Si la información del paciente se debe divulgar a un empleador o institución financiera, esta autorización es valida sólo por 90 días a partir de la fecha de la firma.

Firma del Paciente/Representante Legal

Nombre Impreso

Parentesco con el paciente

(____) _____
Número de Teléfono

Fecha de la Firma

Divulgación que Requiere Consentimiento Especifico- Yo específicamente autorizo a Children's a que divulgue la información médica indicada a continuación:

- Salud/Enfermedad Mental Abuso de Alcohol/Drogas Enfermedades de Transmisión Sexual (incl. VIH/SIDA) Tratamientos de Reproducción

Firma del Paciente/Representante Legal

Nombre Impreso

Fecha

Menores de Edad - Se necesita la firma del paciente menor para poder divulgar la siguiente información: 1) condiciones relacionadas con tratamientos reproductivos incluyendo, pero no limitado a, métodos anticonceptivos y servicios relacionados con el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, (edad 14 y mayor) y 2) Diagnostico y tratamiento de abuso de sustancias y condiciones de salud mental, (edad 13 y mayor).

La divulgación de expedientes cuando no se trata de una "emergencia" puede tomar hasta 15 días laborales. La condición de "emergencia" aplica sólo a los expedientes divulgados directamente a otro proveedor medico para la atención urgente del paciente y se procesará primero.

SOLICITANTE

Usted puede:

- Entregárselo a los empleados de la clínica o unidad para que lo envíen al Departamento de Administración de Información Medica
- Envíelo por correo postal o por fax al Departamento de Administración de Información Medica (ver dirección/fax aquí abajo)
- Entregárselo personalmente al Departamento de Administración de Información Medica entre las 8AM y las 4PM.

STAFF

Name: _____ Clinic/Unit: _____ Ext: _____
Please Print

FAVOR DE VER MÁS INFORMACIÓN EN LA PARTE DE ATRÁS

Children's

Hospital & Regional Medical Center

PO BOX 5371 MAIL STOP A-4902
SEATTLE, WASHINGTON 98105
PHONE 206-987-2173 FAX 206-987-2061

**AUTHORIZATION TO RELEASE
PATIENT HEALTH INFORMATION**

White - Chart

Yellow - Legal Representative / Patient

PATIENT LABEL

Guía para completar el formulario para autorizar la divulgación de Información Medica del Paciente

Propósito: Para pedir a Children's que proporcione información de atención medica sobre su hijo(a) a alguien no relacionado con 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.

Guía para las Familias:

Para completar el formulario:

- Favor de asegurarse que se completen todas las secciones relevantes de este formulario, incluyendo:
 - La información del paciente
 - La información del destinatario
 - La información específica que necesita divulgarse
 - Firma del representante legal/paciente, y sus datos para contactarlo

Donde enviar el formulario:

- Si usted completa este formulario en Children's, entrégueselo a un empleado de la clínica o unidad de ingreso de pacientes para que lo envíe al departamento de Información Medica
- Si usted completa este formulario en casa, envíe el formulario completado por correo o fax al departamento de Información Medica de Children's (a la dirección que aparece enfrente)

Donde llamar con preguntas:

- Departamento de Información Medica: (206) 987-2173

Información Adicional

CONSENTIMIENTO DE UN MENOR

Se necesita la firma del paciente menor para poder divulgar la siguiente información: 1) condiciones relacionadas con tratamientos reproductivos incluyendo, pero no limitado a, métodos anticonceptivos y servicios relacionados con el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, (edad 14 y mayores) y 2) Diagnostico y tratamiento de abuso de sustancias y condiciones de salud mental, (edad 13 y mayor).

COSTO POR COPIAR EXPEDIENTES MÉDICOS

Puede que se cobre por copiar los expedientes médicos. Por favor, pídale al personal de divulgación de información que le proporcione la lista de precios. Se cobrará por copiar todo el expediente.

PROHIBICIÓN PARA DIVULGAR OTRA VEZ LA INFORMACIÓN MEDICA

Las leyes federales y estatales prohíben que la información de tratamientos de drogas y abuso de alcohol, la información de enfermedades de transmisión sexual o la información de salud mental se divulgue otra vez sin el consentimiento específico por escrito de la persona de quien trata la información, o como lo permita la ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra clase NO Es suficiente para este propósito. Las leyes federales limitan cualquier uso de la información para llevar a cabo investigaciones o procesamientos criminales de ningún paciente por abuso de alcohol o drogas.