

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Certifico que soy el paciente o representante legal autorizado (p.ej.:el padre/la madre/representante legal) de dicho paciente, y por este mediosolicito y autorizo al personal del hospital El Paso Children's Hospital a entregar la información de salud del paciente arriba mencionado, conforme a lo siguiente:

**PROPÓSITO DE LA SOLICITUD / AUTORIZACIÓN**

- Inspeccionar la información de salud
- Entregar la información de salud a las personas que se especifican abajo
- Obtener una copia de la información de salud

**INFORMACIÓN DE SALUD SOLICITADA / AUTORIZADA**

- Resume de alta
- Historia y examen físico
- Fotografías, video, imágenes digitales / Otras imágenes
- Rayos X, ECG, EEG, Tomografía, Axial Computarizada, MRI
- Ordenes del medico
- Notas de la enfermera
- Rehabilitación
- Análisis, patología
- Citas a clínicas del
- Otra (Especificar) : \_\_\_\_\_
- Consulta
- Psiquiatria / Psicológica
- Expediente completo del hospital
- Reporte operatorio
- Evolución clínica paciente externo

Especificar la(s) fecha(s) de la información de salud que se solicita: \_\_\_\_\_

**DETALLES DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

La divulgación se hace a petición de:

- Paciente o representante legal
- Otra persona (especificar) \_\_\_\_\_

Esta Información de salud puede ser divulgada a:

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_

Esta información de salud puede ser divulgada a:

**EXPEDIENTE CON INFORMACIÓN ESPECIALMENTE PROTEGIDA**

Entiendo que si mi expediente medico contiene información relacionada con abuso de drogas/alcohol, atención psiquiatria/salud mental, VIH / Sida, retraso mental, o pruebas genéticas, doy autorización para que se entregue.

- Doy mi autorización
- No doy mi autorización. Especifique: \_\_\_\_\_

**PLAZO, DERECHO A REVOCAR, RE-DIVULGACIÓN POSTERIOR DE LA INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO**

Por el presente, El Paso Children's Hospital, queda libre de toda responsabilidad por la divulgación de información del expediente en la medida que se haya indicado y autorizado en este formulario. Además, entiendo que en cualquier momento puedo revocar por escrito esta autorización (salvo que no se haya emprendido alguna acción relativa a la misma) mediante el envío notificación escrita al funcionario de privacidad a: Priváís Oficial, El Paso Children's Hospital, 4845 Alameda Ave, El Paso, Texas 79905.

A menos que sea revocada, esta autorización vencerá dentro 180 días contados a partir de la fecha de su firma, o según lo determine un evento relacionado con el paciente o el propósito de la divulgación, conforme a los siguiente: \_\_\_\_\_

Entiendo que El Paso Children's Hospital no puede negar el tratamiento con base en mi conclusión de este formulario de autorización.

Cargos/tarifas se cumplirán de acuerdo a las leyes/reglas aplicables a la divulgación de información como se ha mencionado.

Entiendo que una vez divulgada esta información de salud podría dejar de estar protegido por las leyes federales y estatales de privacidad y por consiguiente, podría estar sujeta a que el la información puede ser re-divulgada por el receptor la vuelva a divulgar.

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente

Nombre en letra de molde del paciente o representante legal

**VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD**

Identidad del solicitante verificada vía:

- Identificación con foto
- Verificación de firma
- Otra (Especifique) \_\_\_\_\_

