

(No debe usarse solamente con el propósito de divulgar información de salud: Use la autorización para uso y divulgación de información de salud protegida)

El completar este documento autoriza la divulgación y uso de información de salud individualmente identificable, tal como se explica debajo, de acuerdo con la **ley federal y de California relacionadas con la privacidad de dicha información.**

El no proporcionar toda la información que se pide puede invalidar esta autorización.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

LA INFORMACIÓN A COMPARTIRSE DE:

CHOC Children's

Hospital Department/Unit: _____

1201 W. La Veta Avenue, Orange, CA 92868

INFORMACIÓN A COMPARTIRSE CON: (Por favor especifique)

Proveedor/organización/nombre de la persona: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Zip: _____

Proveedor/organización/nombre de la persona: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Zip: _____

Proveedor/organización/nombre de la persona: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Zip: _____

Propósito de la petición:

☐ Gerencia escolar(ADD, IEP, Single Plan of Care, asma u otras enfermedades crónicas) comunicado y divulgado al personal de la escuela

☐ Coordinación de servicios sociales y comunitarios

☐ Coordinación de servicios médicos que requieren autorización especial: salud mental, alcohol, abuso de estupefacientes y tratamiento, enfermedades transmitidas sexualmente, resultados de prueba de VIH

☐ Otro (especificar) _____

Esta autorización caduca:

☐ Desde esta fecha de autorización hasta ____ / ____ / ____ (se debe especificar la fecha)

☐ Hasta que CHOC Children's ya no la necesite

☐ Hasta que ocurra el siguiente evento (debe especificar): _____

CONTINÚA AL REVERSO



998811 (12/2018)



CHOC Children's

**AUTORIZACIÓN PARA
COMUNICACIÓN VERBAL E
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN
DE SALUD POR ESCRITO**

PATIENT ID

Fechas de tratamiento: _____

Favor de compartir la siguiente información: marque los artículos pedidos

Información médica

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Diagnóstico | ☐ Pronóstico médico | ☐ Plan de tratamiento |
| ☐ Medicamentos actuales | ☐ Immunizations | ☐ Historia y Físico |
| ☐ Informes operatorios | ☐ Informes de radiología | |
| ☐ Resumen de alta | ☐ Diagnóstico de salud mental | |
| ☐ Consultas | ☐ Informes de laboratorio | |
| ☐ Historia sexual | ☐ Preferencia de no ser resucitado | |
| ☐ Antecedentes y tratamiento de uso de sustancia | | |
| ☐ Educación e información sobre fertilidad | ☐ Imágenes de radiología | |

Servicios auxiliares

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Psicología | ☐ Trabajador social | ☐ Rehabilitación |
| ☐ Apoyo espiritual | ☐ Otro _____ | |

- Ni el tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios están sujetos a que yo otorgue o rehúse esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito y enviada a: CHOC Privacy Official, Health Information Management Department.
- Mi revocación tomará efecto al ser recibida pero no será efectiva si CHOC ya ha procesado la solicitud original para la divulgación de la información de salud.
- Entiendo que puedo inspeccionar y obtener copias, con un honorario, de la información de salud que está siendo divulgada.
- Entiendo que una vez que la información mencionada anteriormente se divulgue, el receptor puede divulgarla de nuevo y tal información podría no estar protegida por las leyes y regulaciones de privacidad federales. La ley de California prohíbe a los receptores de su información de salud que vuelvan a divulgar tal información excepto con su autorización escrita o si así lo requiere la ley específicamente.

Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Copia requerida: ☐ Si ☐ No Inicial: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del paciente/padre/representante legal

_____/_____/_____
Fecha

Imprima el nombre del paciente/padre/representante legal

Relationship to Patient

Teléfono: _____



998811 (12/2018)



CHOC Children's

**AUTORIZACIÓN PARA
COMUNICACIÓN VERBAL E
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN
DE SALUD POR ESCRITO**

PATIENT ID