

Autorización a los médicos de las escuelas para acceder a la historia clínica electrónica (EHR, por sus siglas en inglés)**Para completar por el padre del paciente/estudiante mayor de 12 años**

SI NO ENVÍA TODA LA INFORMACIÓN, ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE QUEDAR SIN EFECTO

Si completa este formulario autoriza al médico de su escuela a acceder a su historia clínica electrónica (EHR) de CHOC. El objetivo de este acceso es ayudar a que el médico de su escuela tenga un mejor manejo de su atención médica en conjunto con CHOC.

Su EHR es una base de datos electrónica que contiene su historia clínica. Esta puede incluir información relacionada a afecciones sensibles como la salud mental, enfermedades de transmisión sexual, resultados de análisis o estado de portador de HIV/SIDA y embarazo. Si en su atención médica del pasado, presente o futuro existen problemas sensibles, el médico de la escuela podrá acceder a esta información.

Esta autorización tiene validez desde el día en que firma hasta el 31 de julio de 2026.

Este formulario debe completarse anualmente si quiere continuar con la autorización al médico de la escuela para que acceda la información. Es opcional completar este formulario. Si elige no completar este formulario, el médico de la escuela de su hijo no tendrá acceso a la EHR de su hijo y usted no será penalizado.

Información del paciente/estudiante (en letra imprenta):

Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):			
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información de la escuela (en letra imprenta)

Nombre de la escuela:	Distrito de la escuela:
Dirección postal de la escuela:	
Teléfono de la escuela:	Fax de la escuela:
Nombre del contacto de la escuela:	Correo electrónico:

CONTINÚA DEL OTRO LADO

Con este formulario solo se autoriza el acceso a la EHR a los médicos de las escuelas que han sido aprobados por CHOC para participar en este programa.





Autorización a los médicos de las escuelas para acceder a la historia clínica electrónica (EHR, por sus siglas en inglés)

Para completar por el padre del paciente/estudiante mayor de 12 años

- No se condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios aunque no proporcione la autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito y dirigida al Departamento de Administración de Información de Salud de CHOC.
- La revocación tendrá efecto cuando sea recibida pero no tendrá efecto si CHOC ya ha solicitado la entrega de la información de salud.
- Entiendo que puedo inspeccionar u obtener copias, por una tarifa, de la información de salud que está siendo entregada.
- Entiendo que una vez que la información antes mencionada es entregada, el receptor podrá divulgarla y la información podría no estar protegida por las regulaciones y leyes federales de privacidad. La ley de California prohíbe a los receptores de su información de salud a divulgarla, excepto con su autorización por escrito o a menos que sea requerido por la ley.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Copia requerida ☐ Sí ☐ No Inicial _____ Fecha _____

Autorización del paciente/estudiante

Nombre (en letra imprenta):		
Teléfono:		Correo electrónico:
Firma:	Fecha:	Hora:

Con este formulario solo se autoriza el acceso a la EHR a los médicos de las escuelas que han sido aprobados por CHOC para participar en este programa.

PARA USO EXCLUSIVO DE CHOC HIM:

MRN: _____

Poder de acceso concedido por (nombre en imprenta): _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Página 2 de 2

