

Nombre del paciente: _____

Registro de salud # _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección: _____

_____ Teléfono _____

Para el(los) periodo(s) de cuidado de la salud desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____

1. Mediante éste autorizo a Hospitales Shriners Para Niños[®], _____ proporcionarle a:

Nombre: _____

Dirección (calle): _____

Ciudad, estado y código postal: _____

2. Información a ser divulgada:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Informes Operativos |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Estudios de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Reportes de consultas |
| <input type="checkbox"/> Reportes de rayos x | <input type="checkbox"/> Placas de rayos x | <input type="checkbox"/> Fotografías/diapositivas |
| <input type="checkbox"/> Estados de cuenta | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

3. Razón de la divulgación: _____

4. Se requiere una firma por separado para la divulgación de información sobre los puntos mencionados a continuación. Poner iniciales en cada renglón si aplica.

___ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV)

___ Servicios de salud del comportamiento / cuidados psiquiátricos/ registros de psicoterapia

___ Registros de tratamiento y diagnóstico de abuso de alcohol y otras Sustancias

___ Embarazo, anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual

___ Exámenes genéticos

Firma para la divulgación de información en el punto 4:

Autorización para la divulgación de información sobre salud
Authorization for Disclosure of Health Information
Shriners Hospitals for Children[®]

Patient Information Label



5. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones valiéndose de esta autorización. **A menos que se la revoque de otro modo, esta autorización se vencerá al año (12 meses) de la fecha original para la divulgación de información a familiares, y a los seis (6) meses de la fecha original para cualquier otro tipo de divulgación.**
 6. He tenido la oportunidad de hacer preguntas respecto a esta Autorización y me las han respondido completamente.
 7. Por el presente, libero, declaro libre de daño y responsabilidad a Hospitales Shriners para Niños®, a sus sucesores y cesionarios, y a sus agentes y empleados por cualquier demanda o acción legal derivada de la divulgación de los registros de salud y/o información de salud que yo previamente autorice.
 8. Es posible que quien reciba esta información la divulgue a otras personas. Hospitales Shriners para Niños® no puede evitar la re-divulgación y no será responsable por ella.
- Entiendo que no necesito firmar esta Autorización y he decidido no hacerlo. El hecho de que yo no pueda o no desee firmarla no afectará mi tratamiento o el de mi hijo, ni la capacidad de recibir tratamiento en Hospitales Shriners Para Niños®.

 Firma del paciente (14 años de edad o mayor) Fecha Hora AM/PM

 Firma del padre/guardián legal Fecha Hora AM/PM

 Firma del padre/guardián legal Fecha Hora AM/PM

 Nombre impreso Relación al paciente

 Nombre impreso Relación al paciente

 Firma del testigo Fecha Hora AM/PM

 Firma del testigo Fecha Hora AM/PM

 Nombre (impreso)

 Nombre (impreso)

Autorización para la divulgación de información sobre salud
Authorization for Disclosure of Health Information
 Shriners Hospitals for Children®

Patient Information Label