

Children's Hospital of The King's Daughters Health System, Inc.
601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910

MR #:

Autorización para Usar o Divulgar Información de Salud Protegida

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

YO AUTORIZO A: Children's Hospital of The King's Daughters Health System, Inc. (CHKDHS)
601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910

PARA QUE DIVULGUE: (descripción de la información de salud del paciente más arriba identificado que se debe divulgar)

- registros de inmunizaciones/vacuna
- cualquiera y todos los expedientes médicos relacionados con el tratamiento del paciente visto en el hospital o clínica en la fecha o alrededor del _____ 20_____.
- especificar: _____

A: Nombre/Institución: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Número de fax: _____

PARA EL SIGUIENTE PROPÓSITO: A solicitud del individuo Otro (especificar): _____

NOTA: El propósito no se requiere si el paciente solicita la divulgación, a menos que la divulgación esté relacionada con información sobre abuso de sustancias según los Requisitos Federales de Confidencialidad de Abuso de Sustancias.

Entiendo que cualquier divulgación de información da pie a la posibilidad de una segunda divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por los reglamentos de privacidad federales. (NOTA: Es posible que al recipiente se le prohíba divulgar información de abuso de sustancias según los Requisitos Federales de Confidencialidad de Abuso de Sustancias).

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando se haya dado curso en respuesta a esta autorización. También entiendo que la revocación no será aplicable a mi compañía de seguro cuando la ley le otorga al asegurador el derecho a disputar un reclamo de acuerdo a mi póliza. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al departamento de Medical Records, Children's Hospital of The King's Daughters, 601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910. (La revocación escrita debe ser legible e incluir el nombre y fecha de nacimiento del paciente, la fecha en que la revocación debe hacerse efectiva, una descripción de la información de salud cubierta por la revocación, la persona/entidad que ya no está autorizada a recibir la información, la firma de la persona con autoridad legal para dar autorización/revocar, y si no es el paciente, una descripción de su autoridad legal para dar la autorización/revocar, y su número de teléfono).

A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá en la fecha, evento o condición siguiente: _____
_____. Si no indico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en un (1) año.

Se requiere si la solicitud es para el propósito de comercialización:

1. Entiendo que CHKDHS recibirá no recibirá pago como resultado del uso/divulgación de esta información.

Se requiere si el paciente/tutor legal NO lo está solicitando o si CHKDHS ESTÁ solicitando la divulgación: (marcar sólo si corresponde)

1. Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización y que, en este caso,

- al negarme a firmar mis posibilidades de obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para obtener beneficios no se verá afectada.
- la ley permite imponer condiciones de tratamiento, pago o mi elegibilidad para obtener beneficios en esta autorización, y la consecuencia por rehusarme a autorizar esta divulgación es _____

2. CHKDHS TIENE LA OBLIGACIÓN DE DAR AL PACIENTE/TUTOR LEGAL UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN.

Certifico que yo soy el paciente, uno de los padres del paciente o el tutor legal con autoridad para autorizar la divulgación de la información de salud protegida de este paciente.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL

FECHA

RELACIÓN CON EL PACIENTE/AUTORIDAD LEGAL

Original - CCC Record

Copy - Patient/Legal Guardian