



Rady Children's Hospital San Diego
3020 Children's Way
San Diego, California 92123-4282

Autorización para uso o divulgación de información médica

EXPLICACIÓN: Este formulario autoriza el uso o divulgación de la información médica protegida, como se describe a continuación, y esta autorización es voluntaria. Rady Children's Hospital San Diego no proporciona servicios bajo la condición de que esta autorización se firme o no, excepto bajo limitadas circunstancias...

AUTORIZACIÓN: Por este medio autorizo a (nombre y domicilio del establecimiento o individuo)

para que brinde a {o} para que obtenga de
Nombre y dirección del establecimiento o individuo:

expedientes e información pertinentes al historial médico, condición mental o física, servicios o tratamientos brindados a:

(Nombre del Paciente) Fecha de Nacimiento:

Fecha de servicio:

Ubicación del Servicio: Consultorio del Dr. Hospitalizado Consulta Externa Emergencia Otro

Esta autorización se limita a los siguientes expedientes médicos y tipos de información:

- Resumen de dada de alta Historial/examen físico Reportes de Consulta Notas de Progreso
Pruebas de Laboratorio Reportes de Rayos-X Fotografías, videos, digitales u otras imágenes y discos compactos
Otros (especifique cualquier limitación):

USOS: El solicitante puede utilizar los expedientes médicos y el tipo de información autorizada sólo para los siguientes objetivos:

- Continuación del cuidado médico Sólo para revisión del expediente Asunto legal Reclamo del Seguro
Copia personal Segunda opinión Otro (especifique):

Autorizo específicamente la divulgación de:

- Información del tratamiento para la Salud Mental Resultados de la prueba del VIH
Información del tratamiento para Alcohol/drogas

DURACIÓN: Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, según las instrucciones de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Rady Children's Hospital San Diego, excepto cuando se haya tomado acción en base a esta autorización. A menos que por otra parte se haya revocado, esta autorización expira a los 6 meses de firmada.

RESTRICCIONES: Tengo entendido que el Rady Children's Hospital San Diego no puede continuar usando o compartiendo la información médica a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que tal uso o divulgación sea requerida o permitida específicamente por la ley. Por este medio yo libero al Rady Children's de cualquiera / toda responsabilidad legal que pudiera surgir por revelar esta información a la parte arriba mencionada.

COPIA ADICIONAL: Además, entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito. Civil Code S.56.11)

FIRMA:

Firma del padre/paciente (si es mayor de 18 años)

Fecha / Hora

Testigo

Parentesco con el paciente (se necesita una identificación si es mayor de 18 años)

Teléfono y Código de Área

Fecha / Hora