Rady Children's Hospital San Diego

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

DT79600

PLACE PATIENT
ID LABEL INSIDE BOX

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Al completar este documento se autoriza a Rady Children's Hospital-San Diego a divulgar información médica sobre usted/su hijo según se indica a continuación. El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

| | | |
|---|---|---|
| **Información del Paciente:** | Nombre del paciente: | |
| | Domicilio/ Ciudad/ Estado/ Código Postal: | |
| | Fecha de nacimiento: | ___/___/___ |
| | Número de expediente médico (si lo conoce): | |
| **Titular del expediente:** *¿Quién tiene la información que quiere que se divulgue?* | ❑ Rady Children's Hospital-San Diego<br>❑ Otro: _____ | |
| **Entregar expedientes a:** *¿Dónde quiere que se envíen los expedientes? ¿Quién quiere que reciba los expedientes?* | Nombre del Hospital/Clínica/Persona: | |
| | Domicilio/ Ciudad/ Estado/ Código postal: | |
| | Número de teléfono: | |
| | Fax (Sólo pacientes de atención de urgencias): | |
| **Método de envío:** *¿Cómo desea recibir los expedientes? Elija un método de envío de la lista provista.*<br><br>Los expedientes médicos de más de cincuenta (50) páginas se ofrecen electrónicamente en una unidad USB encriptada (el solicitante recibirá un aviso previo sobre el tamaño del expediente). | Prefiero que los informes se divulguen por medio de (elegir uno):<br>❑ MyChart ❑ Directamente a mí, impresos y por correo<br>❑ Impresos y recogidos<br>❑ Directamente a mí, por correo en dispositivo USB<br>❑ Electrónicamente (encriptados) (dirección de email):<br>_____ | |

| | |
|---|---|
| **El motivo por el que solicito la divulgación de la información médica:** | ❑ Atención continua ❑ Asunto legal ❑ Copia personal<br>❑ La Escuela ❑ Otro (*especifique*): _____ |
| **Información médica que se va a divulgar:**<br>¿Qué desea que se envíe o divulgue? | ❑ Expedientes de visitas a la clínica o al consultorio con fecha del _____ al _____<br>❑ Expedientes de la sala de urgencias del _____ al _____<br>❑ Expedientes del hospital con fecha del _____al _____<br><br>Expedientes o informes específicos que incluyen:<br><br>❑ Resumen de alta ❑ Antecedentes/examen físico<br>❑ Informes de consulta ❑ Notas de progreso<br>❑ Pruebas de laboratorio ❑ Informes de radiografías<br>❑ Fotografías ❑ Pruebas genéticas ❑ Informes operatorios<br>❑ Otro:_____<br>_____<br>Solicitudes de radiología/imágenes (especificar el tipo):<br>❑ Rayos X ❑ IRM ❑ TAC ❑ EEG ❑ Ultrasonido ❑ Eco<br>❑ Otro:_____<br>_____<br><br><u>Nota: Las imágenes radiológicas se envían en un CD.</u><br>Provea una dirección de e-mail si prefiere recibirlas electrónicamente: _____ |
| **Expedientes que requieren autorización especial:** | Yo autorizo específicamente la divulgación de los siguientes expedientes (marcar las casillas correspondientes):<br>❑ Información de tratamiento de salud mental<br>❑ Resultados de las pruebas genéticas<br>❑ Resultado de exámen de VIH<br>❑ Salud del adolescente/reproductiva<br>❑ Tratamiento por consumo de alcohol/drogas<br>❑ Enfermedades/Infecciones de transmisión sexual (ETS) |

| | |
|---|---|
| | ***RESTRICCIONES:***<br>* Según la ley de California, los pacientes de 12 a 17 años de edad tienen derecho a dar su consentimiento para ciertos tratamientos o servicios. En esos casos, el paciente debe firmar este documento para autorizar la entrega de esos expedientes solicitados. En algunas situaciones, un proveedor (por ejemplo, un médico, un psicólogo autorizado, un trabajador social o un terapeuta a cargo de la atención del paciente) puede retener los expedientes (por ejemplo, si han determinado que la divulgación de esos expedientes podría perjudicar al paciente o a un tercero, o si la divulgación de los expedientes podría dañar la relación entre el paciente y el proveedor). En esos casos, se informará al solicitante del motivo de la denegación. |
| **Autorización y Revocación:** | Entiendo que esta autorización es voluntaria y que la negación a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento de Rady Children's. Entiendo que esta autorización puede revocarse por escrito en cualquier momento, de acuerdo con las instrucciones del Aviso de las Prácticas de Privacidad de Rady Children's, excepto en la medida en que la acción ya haya sido tomada en base a esta autorización. |
| **Aviso:** | Rady Children's y muchas otras organizaciones e individuos, como médicos, hospitales y planes de salud, están obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información médica. Si usted autorizó la divulgación de su información médica a alguien que no está obligado legalmente a mantenerla confidencial, es posible que ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. |
| **Vencimiento:** | A menos que se revoque, esta autorización caducará en un (1) año, a partir de la fecha de esta autorización. |

**FIRMA:**

Por favor, firme este documento y escriba la fecha para autorizar a Rady Children's la divulgación de información, tal y como se indica en este documento:

| | | |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| Firma de Padre/tutor legal o paciente (se requiere ID si el paciente tiene más de 18 años) | Nombre escrito del padre o tutor legal | Código de área & número de teléfono |
| _____ | _____ | |
| Relación con el paciente *(si lo firma una persona distinta al paciente)* | Fecha | |
| _____ | _____ | _____ |
| * Firma del paciente adolescente de 12-17 años si están solicitando expedientes que requieren autorización especial | Fecha | Código de área & número de teléfono |