



Autorización para solicitar/cambiar/cancelar/confirmar visitas para pacientes mayores de 18 años  
**ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO DEBE UTILIZARSE PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS O DE INFORMACIÓN MÉDICA (Ej., INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO O DE DIAGNÓSTICO). PARA TAL FIN, LA ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA SALUD OFRECE OTRO FORMULARIO.**

**EXPLICACIÓN:** la firma de este formulario es voluntaria y autoriza el uso o divulgación de la información de su visita de la manera descrita a continuación. La provisión de servicios de Rady Children's Hospital-San Diego (RCHSD) no estará condicionada a la firma de esta autorización. Por favor, tenga en cuenta que RCHSD no podrá proteger la información de su visita una vez divulgada, y es posible que los receptores de dicha información no tengan la obligación legal de protegerla.

**AUTORIZACIÓN:** por la presente autorizo a RCHSD, a su personal y a sus proveedores a proporcionar información concerniente a mis visitas a RCHSD. Con "Visitas" nos referimos a las citas que tenga como paciente externo en los departamentos y clínicas, así como a las cirugías planificadas y a los ingresos en el hospital. La persona mencionada abajo tiene mi autorización para realizar, cambiar, cancelar y confirmar cualquier visita en el hospital o en cualquiera de sus clínicas de especialidad.

Nombre y dirección de la persona que tiene esta autorización: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio: cualquiera

Ubicación del servicio:  Consultorio médico  Paciente ingresado  Paciente no ingresado  Urgencias  Otro

Esta autorización se limita solo a información relacionada con las visitas. Entiendo que debe firmarse otro formulario, llamado "Autorización para Uso o Divulgación de Información de Salud", si deseo compartir expedientes médicos y otra información de la salud con la persona arriba mencionada. Contactaré con la Administración de Información de Salud en el número (858) 966-5904 para obtener información acerca de la solicitud de expedientes médicos.

**USOS:** la persona autorizada, arriba mencionada, puede usar la información de la visita para realizar, modificar, cancelar o confirmar cualquiera de mis visitas.

**DURACIÓN:** entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, de acuerdo con las instrucciones del Aviso de las Prácticas de Privacidad de RCHSD, salvo que se hayan adoptado medidas en virtud de la misma. A menos que se revoque, esta autorización vencerá en un año a partir de la fecha de su firma.

**RESTRICCIONES:** entiendo que RCHSD no utilizará o divulgará información médica adicional mía, a no ser que otorgue otra autorización, o a no ser que tal uso o divulgación lo exija o lo permita específicamente la ley. Por la presente libero a RCHSD de cualquier responsabilidad jurídica que pudiera surgir de la divulgación de esta información a la parte arriba mencionada.

---

COPIA ADICIONAL: entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito (Código Civil S.56.11).

Mi firma confirma mi entendimiento de que, dependiendo de la naturaleza de mi visita a RCHSD, podrá compartirse cierta información concerniente a la salud mental, al tratamiento por alcohol y drogas, a las pruebas de VHI y a otra información confidencial. La información confidencial incluye, pero no se limita a, información acerca de la salud reproductiva (como la contracepción, pruebas de embarazo, enfermedades de transmisión sexual (ETS)). Nota: por favor, no firme este formulario si no quiere que se comparta esta información.

FIRMA

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (el paciente debe ser mayor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha / Hora

\_\_\_\_\_  
Código de área & número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Testigo