

RELLENE ESTE FORMULARIO Y ENTRÉGUELO O ENVÍELO A:

Packard Children's Health Alliance (PCHA) **HIMS**

Dirección postal: 4700 Bohannon Drive, 2nd Floor, Menlo Park, CA 94025, MC 5900

Teléfono: 650-497-8334

Email: HIMS-ROI@stanfordchildrens.org

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al completar y firmar este formulario, usted da su autorización para que su información médica sea divulgada en la forma aquí descrita. Lea atentamente cada sección y rellene las secciones necesarias antes de firmar el documento. Le recomendamos que pida una copia de la información médica para usted y la revise antes de autorizar su divulgación a otras personas. Escriba de forma clara y legible, y firme en la última página.

INSTITUCIÓN/PROFESIONAL MÉDICO DE LA/DEL QUE PRECISA OBTENER SUS INFORMACIÓN

Por el presente autorizo a:

PCHA, 2160 Appian Way Ste 100, Pinole, CA 94564

(Otro profesional médico) _____

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escriba en letra de molde el nombre del paciente cuya información se solicita.

Paciente: Apellido: _____ *Nombre:* _____ *Segundo nombre:* _____

Fecha de nacimiento: _____ *Teléfono:* _____ *Número de expediente médico:* _____

Indique si el paciente nació de un parto múltiple: Mellizo Trillizo Otro: _____

SECCIÓN B: TIPO DE INFORMACIÓN MÉDICA QUE SE SOLICITA

Rellene la opción de abajo que corresponda para especificar qué tipo de información médica desea usted que se divulgue. **Hay determinada información médica cuya divulgación exige que usted nos lo indique específicamente, como por ejemplo, resultados de exámenes de VIH, pruebas sobre trastornos hereditarios, servicios de planificación familiar y cierta información sobre salud mental. Si desea que se divulgue este tipo de información, necesitará indicarlo por separado más abajo.**

_____ Marque esta casilla y **escriba sus iniciales** si desea que solo se divulgue la información médica relativa a ciertas fechas específicas y no el expediente médico completo. Escriba las fechas:

_____ Marque esta casilla y escriba sus iniciales si desea explicar con más detalle el tipo de información que debe divulgarse, y descríbala a continuación: _____

_____ Marque esta casilla y **escriba sus iniciales** si desea autorizar la divulgación de la totalidad de su expediente médico.

_____ Marque esta casilla y **escriba sus iniciales** si le han hecho exámenes de VIH y desea que los resultados de dichos exámenes formen parte de la información divulgada.

_____ Marque esta casilla y **escriba sus iniciales** si autoriza a los siguientes médicos que no participan en su tratamiento a acceder a su expediente médico de forma electrónica, y no solicita usted la divulgación de una copia impresa de su expediente: _____

SECCIÓN D: MOTIVO DE LA SOLICITUD

Le rogamos nos indique las razones por las que solicita que su información médica sea divulgada.

Marque esta casilla si usted es el paciente o su representante legal y no desea explicar los motivos de la solicitud.

Marque esta casilla si la información médica debe divulgarse a otra persona que no sea el paciente o su representante legal, y explique aquí el motivo de la solicitud.

SECCIÓN E: FORMA EN LA QUE DESEA RECIBIR O QUE SE TRANSMITA SU INFORMACIÓN

Le rogamos nos indique en qué forma desea que se envíe la información a su destinatario.

Marque esta casilla si desea que la información médica sea enviada por correo a la dirección del destinatario que aparece en la sección C.

Marque esta casilla si desea recoger en persona la información médica en el departamento de administración de información médica del hospital *Health Information Management Services* (HIMS). Indíquenos por favor en qué forma desea recibir la información médica solicitada: En papel En CD

Tenga en cuenta: *Los cargos por las copias de la información médica solicitada se facturarán según las tarifas vigentes.*

Marque esta casilla si no solicita una copia de su información médica, pero sí desea inspeccionar sus documentos médicos en el departamento HIMS. Un representante de este

departamento se pondrá en contacto con usted para coordinar su visita.

- Marque esta casilla si se trata de una situación de emergencia (por ejemplo: si el paciente está recibiendo tratamiento en la actualidad en una institución médica) y si desea que la información médica sea enviada por fax a dicha institución. Escriba aquí el número de fax _____ . El envío de los documentos médicos por fax solo puede hacerse en situaciones de emergencia.

SECCIÓN F: VIGENCIA DE ESTA AUTORIZACIÓN

Esta autorización entra en vigor en el momento de su firma y vence el _____(fecha).

Tenga en cuenta que si no aparece indicada la fecha, esta autorización vencerá pasado un (1) año de la fecha de la firma.

SECCIÓN G: SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

- Usted puede negarse a firmar esta autorización, y su negativa no afectará en modo alguno su capacidad de recibir tratamiento, los pagos por parte de su seguro médico o su elegibilidad de beneficios.
- Usted tiene el derecho a retirar o anular esta autorización por escrito en cualquier momento a menos que Lucile Packard Children's Hospital ya haya divulgado la información. Para retirar o revocar su autorización, le rogamos envíe su solicitud por escrito al departamento de administración de la información médica del hospital: PCHA, *Health Information Management Services (HIMS)*: **4700 Bohannon Drive, 2nd Floor, Menlo Park, CA 94025 MC 5582.**
- En determinadas circunstancias autorizadas por la ley, *Packard Children's Health Alliance*, o PCHA, puede denegar su solicitud de inspeccionar o recibir una copia de su información médica. En tal caso, le notificarán la decisión de negar su solicitud, así como la manera de apelarla.
- Tiene usted el derecho de recibir una copia de esta autorización.

SECCIÓN H: OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA ANTES DE FIRMAR

La información sobre su salud que será divulgada como resultado de su firma en este formulario de autorización puede volver a ser divulgada por el destinatario. Si ese fuera el caso, su información ya no se encontraría bajo la protección de las leyes de privacidad estatales ni federales.

Le recomendamos que pida una copia de la información para usted y la revise antes de autorizar su divulgación a otras personas.

La divulgación de esta información puede presentar ciertos riesgos, como que el destinatario vuelva a divulgar la información, que se pierdan o se pongan en peligro los beneficios del seguro médico o la situación de empleo.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario de autorización, o sobre la divulgación de su información médica, le rogamos se ponga en contacto con el departamento de administración de la información médica (HIMS) de PCHA, llamando al **650-497-8334**.

SECCIÓN I: FECHA Y FIRMA

Por favor, ponga la fecha y firme este formulario con el fin de autorizar a *Packard Children's Health Alliance* a divulgar la información médica según lo que se indique en el formulario.

FIRMA (paciente, madre, padre o representante debidamente autorizado)

Fecha

NOMBRE DEL FIRMANTE (en letra de molde)

PARENTESCO con el paciente

Dirección del paciente o representante legal que firme este formulario: _____
(en letra de molde)

Teléfono del paciente o representante legal que firme este formulario: _____
(en letra de molde)

RELLENE ESTE FORMULARIO Y ENTRÉGUELO O ENVÍELO A:

Packard Children's Health Alliance (PCHA) **HIMS**

Dirección postal: 4700 Bohannon Drive, 2nd Floor, Menlo Park, CA 94025, MC 5900

Teléfono: 650-497-8334

Email: HIMS-ROI@stanfordchildrens.org

FOR OFFICE USE ONLY:

Processed by (Print Name): _____ Date Processed: _____

Department: _____

Phone#/Extension: _____

Sent to HIMS for processing Date sent: _____

DEBE ENTREGARSE AL SOLICITANTE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN