



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

Authorization for CHKDHS to Obtain and/or Exchange Protected Health Information

Autorización para que CHKDHS Obtenga y/o Intercambie Información de Salud Protegida

PATIENT NAME: NOMBRE DEL PACIENTE _____	DATE OF BIRTH: FECHA DE NACIMIENTO _____
---	--

I AUTHORIZE: Name: _____ Address: _____
YO AUTORIZO que: (Nombre) (Dirección)

☐ TO DISCLOSE ☐ TO RECEIVE ☐ TO DISCLOSE & RECEIVE
DIVULGUE RECIBA DIVULGUE Y RECIBA

the following information on the above-mentioned patient.
la siguiente información sobre el paciente nombrado anteriormente.

☐ Immunization and/or Physical Examination records
Expedientes de Inmunizaciones y/o de Exámenes Físicos

☐ All medical records pertaining to the treatment of the patient seen in the
Todo expediente médico relacionado al tratamiento del paciente que fue visto en el
hospital or clinic during the following period: _____ to _____
hospital o en la clínica durante el siguiente período: desde hasta

☐ Specific document(s): _____
Documento(s) específico(s)

TO/FROM: Children's Hospital of The King's Daughters Health System, Inc. (CHKDHS)
A/DE:

Address: _____
Dirección _____

Fax Number: _____
No. de Fax
Phone Number: _____
No. de Teléfono

FOR THE FOLLOWING PURPOSE: ☐ Continuity of Care ☐ Other (specify): _____
CON EL PROPÓSITO SIGUIENTE: Continuidad de Atención Otro (especifique)

If any disclosure by CHKD concerns substance use disorder information under the Federal Substance Abuse Confidentiality Requirements, a separate authorization form for disclosure of substance use disorder information is required. I understand that any disclosure of health information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal privacy rules. I understand that I may revoke this authorization at any time except to the extent action has been taken in response to this authorization. I also understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to Health Information Management, Children's Hospital of The King's Daughters, 601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910. (The written revocation must be legible and include the name and date of birth of the patient, the date the revocation is to go into effect, a description of the health information covered by the revocation, the person/entity no longer authorized to receive the information, the signature of the person with legal authority for authorization/revocation, and if not the patient, a description of their legal authority for authorization/revocation, and their phone number.)

Si cualquier divulgación por CHKD está relacionada con información sobre el trastorno por uso de sustancias bajo los Requisitos Federales de Confidencialidad por Abuso de Sustancias, se requiere un documento diferente para la divulgación de información sobre el trastorno por uso de sustancias. Yo entiendo que cualquier divulgación de información de salud conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y que la información puede que no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento excepto en la medida en que CHKDHS ya haya tomado acción en dependencia de ello. También entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le provee a mi asegurador el derecho de cuestionar un reclamo bajo mi póliza. Yo entiendo que, si yo revoco esta autorización, tengo que hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a Health Information Management, Children's Hospital of The King's Daughters, 601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910. (La revocación por escrito debe ser legible e incluir el nombre y la fecha de nacimiento del paciente, la fecha cuando la revocación entra en vigencia, una descripción de la información de salud cubierta bajo la revocación, la persona/entidad ya no autorizada a recibir la información, la firma de la persona con la autoridad legal para dar autorización/revocación, y si no es el paciente, una descripción de la potestad legal para dar autorización/revocación y el número de teléfono de esa persona.)

Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: _____
A menos que se revoque de otra manera, esta autorización se vencerá en la fecha, evento o condición siguiente
_____. If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire in one (1) year.

Si no especifico una fecha, evento o condición de vencimiento, esta autorización expirará dentro de un (1) año.

CHKD Form 0765 MR Rev 8/25 Spanish Translation by CHKD Language Services; MCox CHI™003798 (SPN-ENG). August 2025

Original- Medical Record
Original-Expediente Médico

Copy- Patient/Legal Guardian
Copia-Paciente/Tutor Legal

Required if request is for the purpose of Marketing: Se requiere si la petición es para propósito de Mercadeo:

1. I understand that CHKDHS ☐ will ☐ will NOT receive payment as a result of using/disclosing this information.

Yo entiendo que CHKDHS ☐ SÍ ☐ NO recibirá pago como resultado de usar/divulgar esta información.

Required if patient/legal guardian is NOT requesting or CHKDHS IS requesting the disclosure: (check only when applicable)

Se requiere si el paciente/tutor legal **NO** solicita o si CHKDHS **SÍ** solicita la divulgación: (marque solamente cuando aplique)

1. I understand that I may refuse to sign this authorization and that, in this instance,

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, en este caso,

my refusal to sign ☐ will ☐ will not affect my ability to obtain treatment, payment, or my eligibility for benefits.

mi negación a firmar ☐ SÍ ☐ NO afectará mi habilidad de obtener tratamiento, pago, o a mi elegibilidad para beneficios.

☐ **the law allows conditioning of treatment, payment, or my eligibility for benefits on this authorization, and the consequence of my refusal to authorize this disclosure is _____**

consecuencia de mi negación a autorizar esta divulgación es _____

2. I may inspect or copy any information used/disclosed under this authorization.

Yo puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada/divulgada bajo esta autorización.

3. CHKDHS IS REQUIRED TO GIVE PATIENT/LEGAL GUARDIAN A COPY OF THIS AUTHORIZATION.

CHKDHS TIENE EL REQUISITO DE DARLE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN AL PACIENTE/TUTOR LEGAL.

I certify that I am the patient, the patient's parent or legal guardian with the authority to authorize disclosure of this patient's protected health information. I understand that I am giving permission to disclose confidential health records that may contain behavioral health services and mental health services. A minor's signature (14 years old and older) is required to release the following information: reproductive care, sexually transmitted diseases, and mental health treatment.

(Yo certifico que soy el paciente, uno de los padres o tutores legales del paciente con la potestad de autorizar la divulgación de la información de salud protegida del paciente. Entiendo que estoy dando permiso para divulgar expedientes de salud confidenciales que pueden contener servicios de salud conductual y servicios de salud mental. Se requiere la firma de un menor de edad (de 14 años en adelante) para divulgar la siguiente información: cuidado reproductivo, enfermedades de transmisión sexual, y tratamiento de salud mental.

SIGNATURE OF PATIENT/LEGAL GUARDIAN _____ DATE _____ TIME _____
FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL _____ FECHA _____ HORA _____

PRINT NAME OF PATIENT/LEGAL GUARDIAN _____ RELATIONSHIP TO PATIENT/LEGAL AUTHORITY _____
ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____