



Children's Hospital of The King's Daughters Health System
601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910

MR #:

Autorización para Divulgar Registros Médicos que Incluyen Información sobre Abuso de Sustancias

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
----------------------	----------------------

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

A DIVULGAR: (descripción de la información de salud sobre el paciente que se identifica más arriba que será divulgada)

- Registros de vacunas/inmunizaciones
- Cualquier y todos los registros médicos concernientes al tratamiento del paciente atendido en el hospital o la clínica el, o alrededor de _____20_____ junto con cualquier y toda la información relacionada con cualquier trastorno y tratamiento de abuso de sustancias, o la siguiente información limitada sobre el trastorno de abuso de sustancias: _____

Especifique: _____

Entiendo que estoy dando mi permiso para divulgar registros confidenciales de salud que pueden contener servicios de salud del comportamiento, servicios de salud mental, y/o notas de psicoterapia.

A: Nombre/Institución (no se requiere una persona específica): _____
 Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): _____
 Teléfono de Contacto: _____
 Correo Electrónico: _____
 Número de Fax: _____

PARA EL SIGUIENTE PROPÓSITO: A solicitud del individuo Otro (especifique): _____

NOTA: No se requiere el propósito si la divulgación la solicita el paciente.

NOTIFICACIÓN PARA EL DESTINATARIO: La parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR 42) prohíbe la divulgación de información relacionada con el trastorno de abuso de sustancias sin el consentimiento escrito específico.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con la excepción de que CHKDHS haya llevado a cabo alguna acción en correspondencia con esta autorización. También entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le proporcione a mi aseguradora el derecho de disputar una reclamación bajo mi póliza. Entiendo que si revoco esta autorización tengo que hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a Health Information Management of The Children's Hospital of The King's Daughters, 601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910. (La revocación escrita debe ser legible e incluir el nombre y la fecha de nacimiento del paciente, la fecha en que la revocación debe comenzar a estar vigente, una descripción de la información de salud que cubre la revocación, la persona/entidad que ya no está autorizada a recibir la información, la firma de la persona con autoridad legal para la autorización/revocación, y si no es el paciente, una descripción de su autoridad legal para la autorización/revocación, y su número de teléfono.)

Una copia de esta autorización será tan válida como la original. A menos que se haga una revocación, esta autorización expirará en la siguiente fecha, acontecimiento o condición: _____. Si no especifico una fecha de expiración, acontecimiento o condición, esta autorización **expirará en un (1) año.**

Se requiere si la solicitud es para el propósito de mercadotecnia:
 1. Yo entiendo que CHKDHS recibirá NO recibirá _____ pagos como resultado de utilizar/divulgar esta información.

Se requiere si el paciente/tutor legal NO está haciendo la solicitud o si CHKDHS ESTÁ solicitando la divulgación: (marque sólo cuando aplique)
 1. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, en este caso,
 mi negativa a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pagos, o mi elegibilidad para beneficios.
 la ley permite el acondicionamiento de tratamiento, pagos, o mi elegibilidad para beneficios en esta autorización, y la consecuencia de mi negativa a autorizar esta divulgación es _____

2. CHKDHS TIENE QUE DARLE AL PACIENTE/TUTOR LEGAL UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN.

Yo certifico que soy el/la paciente, el padre/la madre del paciente o el tutor legal con la autoridad de autorizar la divulgación de la información protegida de salud de este paciente.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal (cuando proceda): _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde: _____ Relación con el Paciente/Autoridad Legal: _____

Testigo: _____ Firma del Testigo: _____ Fecha: _____