



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

MR #: _____

Autorización para Utilizar o Divulgar Información Protegida de Salud

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_____.
- 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.
- especifique: _____

A: Nombre/Institución: _____
 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.

Si la divulgación se refiere a información sobre un trastorno por uso de sustancias según los Requisitos Federales de Confidencialidad de Abuso de Sustancias, se requiere un formulario especial de autorización por separado para la divulgación de información relacionada con un trastorno por uso de sustancias.

Entiendo que cualquier divulgación de información de salud lleva consigo la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y puede que la información no esté protegida por las reglas federales de privacidad. **(NOTA: El receptor tiene prohibido re-divulgar información sobre trastornos por uso de sustancias conforme con los Requisitos Federales de Confidencialidad de Abuso de Sustancias sin mi consentimiento específico por escrito.)**

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con la excepción de que se haya llevado a cabo alguna acción en respuesta a 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 la Administración de Información de Salud, 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.)

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/ TUTOR LEGAL _____ FECHA _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL PACIENTE/ TUTOR LEGAL _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE/ AUTORIDAD LEGAL _____