



Autorización para la Divulgación de Información Médica

Dept. Administración de Información Médica
Lunes a Viernes de 8:00 a.m. -5:00 p.m.
111 Michigan Avenue, NW
Washington, DC 20010

Teléfono (202) 476-5267
Fax (202) 476-2270
medicalrecords@childrensnational.org

Medical Record # (Office Use Only)

Fecha de nacimiento

Nombre del paciente

Número de Teléfono

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

(1) Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a Children's National Medical Center a utilizar y/o divulgar la información médica del individuo nombrado arriba a:

Nombre de la persona y/o agencia

Número de teléfono

Dirección

Ciudad, estado, código postal

(2) Proporcionar los registros por medio de:

- Correo Correo Electronico
- CD (Solicitudes de uso Personal-Despues de 100 paginas; Solicitudes de abogado-Despues de 60 paginas)
- Fax (Sólo atención al paciente inmediata)

(3) Fecha del servicio (especificar fechas o un rango de fechas): de _____ a _____ y para el propósito de:

- Atención médica continua Para uno mismo
- Escuela Otro: _____

(4) Divulgación de la siguiente información (marque toda la información que corresponda que se divulgará):

- Abstracto/Resumen Informes ambulatorios CPS
- Registros de sala de Urgencias Admisión de paciente Registros de tratamiento Psiquiatrico, notas de Psicoterapia (requiere de autorización)
- Cartilla de Vacunacion Informes de resúmenes de alta Todos los archivos
- Bienestar del niño (exámenes físicos y formas de escuela) Resultados de laboratorio Resultados de radiología***
- Informes de físicos e historial Resultados de odontología***
- Otro: _____

***Para placas e imágenes radiológicas, llamar a (202) 476-3426

Precios para uso personal: 1-4 paginas- GRATIS, 5 paginas o mas-PRECIO FIJO de \$6.50

***Para informes odontológicos, llamar a (202) 476-2160

- (5) Entiendo que la información de salud del individuo nombrado arriba puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, la genética, la actividad sexual, incluyendo los métodos anticonceptivos, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) si es el caso. También puede incluir información sobre servicios de salud mental o del comportamiento y del tratamiento por el abuso de alcohol y drogas, de acuerdo con el título 42 del CFR parte 2.
- (6) Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de Administración de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho de procesar un reclamo bajo mi póliza. **Esta autorización vencerá dentro de un plazo de seis meses** a menos de que sea revocada en la siguiente fecha, por el siguiente evento o la siguiente condición: _____.
- (7) Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntaria. Entiendo que hay costos asociados con la re-divulgación excluyendo la atención directa al paciente (es decir comunicación de practicante a practicante). Entiendo que puedo inspeccionar la información que vaya a ser utilizada o divulgada según lo dispuesto en el título 45 del CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de re-divulgación no autorizada y que la información no puede estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
- (8) ****TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO:** esta autorización no se aplica a ninguna información de salud mental obtenida después de la fecha de la firma de la autorización a continuación. La divulgación no autorizada de información de salud mental viola las disposiciones de la Ley de Divulgación de Información de Salud Mental del Distrito de Columbia de 1978. La divulgación puede hacerse conforme a una autorización válida por parte del cliente o según lo provisto en el Título III o IV de la Ley. La ley provee los daños civiles y sanciones penales por la violación.
- (9) Yo, por la presente, declaro que soy el paciente/padre/tutor legal y soy responsable de la divulgación de la información en relación al paciente antes mencionado. (Se necesitará proveer la documentación apropiada con la autorización para procesar la divulgación). **NOTA: Si el paciente es mayor de edad (18), el paciente tendrá que firmar la divulgación por sí mismo.**

Firma del paciente

Firma del padre de familia o tutor legal

Fecha

Dirección de correo electrónico

Nombre escrito del padre de familia o tutor legal

Testigos

