

Información del paciente

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado y código postal _____
 Número telefónico diurno _____ Teléfono móvil _____

Para divulgarse con

Nombre _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado y código postal _____
 Número telefónico _____ Número de fax _____

Formulario de divulgación

Quisiera que mis copias sean: Forma: Papel Electrónica (Solamente en CD)
 Entrega: (Correo estandarizado sin alternativa) Por recoger Por correo certificado
 (\$5.30 adicionales)

Finalidad

Continuidad de la atención Personal Legal Seguro médico Otro _____

Fecha(s) de tratamiento

Fecha de tratamiento _____ to _____
 Todas las fechas de tratamiento en el Children's Hospital Colorado.

Información por divulgar

- Quisiera copias de la consulta complete para las fechas de tratamiento arriba mencionadas.
 Quisiera copias de los informes específicos para las fechas de tratamiento arriba mencionadas. (Marque los informes siguientes)
- Info pertinente (*resumen de alta, físicas, cirugías, etc.*) Resumen de alta Antecedentes y físicos Consulta
 Cirugías Informes radiológicos Análisis de laboratorio Cartilla de vacunación
 Genética Estudios de Cardiología Salud Mental/Psicología Informes de la sala urgencias
 Imágenes radiológicas Otros _____

Comprendo que la información por divulgarse puede incluir un diagnóstico o referirse a la(s) afección(ones) siguiente(s): Atención psiquiátrica/Servicios de salud conductual; anemia drepanocítica; pruebas genéticas; síndrome de inmunodeficiencia adquirida o virus de inmunodeficiencia humana; drogadicción o alcoholismo.

Comprendo que

De no proclamar lo contrario la presente autorización **caducará** automáticamente en 180 días a partir de la fecha firmada al calce a menos que solicite una fecha de caducidad de menos de 180 días. Es posible que elija **revocar** esta autorización por escrito ante el Children's Hospital Colorado en cualquier momento a menos que ya se hayan ejecutado los trámites correspondientes. La información divulgada en conformidad con la autorización puede quedar sujeta a que el destinatario las **redivulgue** por lo que ya no quedaría protegida mediante el reglamento de privacidad de la ley sobre la portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). Se me otorgará una copia de esta autorización tras el cumplimiento de la solicitud.

Firma

A fin de validar esta autorización se solicita mi rúbrica; de no firmarla, el Children's Hospital Colorado seguirá otorgando tratamiento y exigirá el pago por los servicios provistos. De acuerdo con los regímenes estatales en Colorado es posible que el Children's Hospital Colorado cobre por las copias de los expedientes médicos.

Si el paciente no puede firmar, informe la razón: _____

Firma del Paciente/Tutor/Representante personal _____

Parentesco (Si no es el paciente) _____

Fecha _____

Administración de información sanitaria./Children's Hospital Colorado/13123 E. 16th Avenue Box 150/Aurora, CO 80045
 P: 720-777-4259 F: 720-777-7251 Radiology: P: 720-777-8625 F: 720-777-7132

ROI @ Memorial
 P: 719-365-2491 F: 719-305-9721



**Autorización para divulgar la información
 sanitaria del paciente (PHI)**