


AUTORIZACIÓN A NEMOURS PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (en imprenta)
Número de registro médico: _____

Nombre: _____ Inicial segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre al momento del tratamiento (si es diferente del anterior): _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico (opcional): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Pos: _____

ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA LOS REGISTROS MÉDICOS:		ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE LOS REGISTROS MÉDICOS:	
Establecimiento o nombre:		Establecimiento o nombre:	
Domicilio:		Domicilio:	
Ciudad/Estado/Código Postal:		Ciudad/Estado/Código Postal:	
Teléfono #:		Teléfono:	
Fax:		Fax:	

 Enviar los registros médicos por: ☐ CD ☐ Fax ☐ Papel ☐ NemoursApp ☐ Correo electrónico _____

INFORMACIÓN QUE SE DEBE DIVULGAR: (marque todos los elementos que corresponda):

Para el período de atención (indique las fechas): _____

 Especifique el departamento, profesional *opcional*: _____

☐ Antecedentes y examen físico, consultas, informe de cirugía, estudios de diagnóstico, resumen de alta, informe de la sala de emergencias
 (Resumen del paciente hospitalizado)

☐ Todas las visitas al consultorio de cada división clínica, estudios de diagnóstico clave, informe de la sala de emergencias, informes de cirugía
 (Resumen del paciente ambulatorio)

☐ Resumen de alta ☐ Visita al consultorio ☐ Informe de cirugía ☐ Informe de diagnóstico por imágenes ☐ Imágenes
☐ Informes de laboratorio ☐ Imágenes cardiológicas ☐ Lista de información revelada ☐ Otros (especificar): _____

Las iniciales del Paciente o Padre/Representante legal son OBLIGATORIAS para dar a conocer lo siguiente:

_____ Notas de trabajo social/psicología/psiquiatría _____ Evaluación psicológica y resultados

_____ Análisis genéticos _____ Informes de VIH/ETS _____ Resultados de drogas/alcohol

Finalidad de la divulgación (especificar de acuerdo con las normas HIPAA):
☐ Atención continua con otro médico/hospital ☐ Transferencia de la atención ☐ Otro _____

AUTORIZACIÓN:

- Puedo anular esta autorización por escrito en cualquier momento enviando una notificación a la organización que envía la información, tal como se indica más atrás.
- Comprendo que anular esta autorización no afectará a la información ya compartida antes de recibir y procesar esta anulación.
- Entiendo que la información que se compartió puede ser compartida nuevamente y ya no estar protegida por normas de privacidad estatales o federales.
- Tengo derecho a inspeccionar o copiar la información que se utilizará/dará a conocer, tal como lo permiten las leyes federales.
- Puedo rehusarme a firmar esta autorización y esto es estrictamente voluntario.
- La autorización caducará 90 días después de la firma salvo que haya una indicación diferente (incluir fecha): _____
- Si no firmo este formulario, mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados.
- Si esta autorización fue iniciada por el profesional médico, recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

Firma del paciente/representante legal: _____ Fecha: _____ HORA: _____ AM/PM

Nombre del paciente/representante legal (en imprenta): _____ Relación con el paciente: _____

PARA OBTENER COPIAS DE REGISTROS MÉDICOS DE NEMOURS: Fax: 302-651-4480 Correo electrónico: patientrecords@nemours.org NOTIFICACIÓN: Es posible que esta solicitud tenga un costo. Para copia personal, CD/Fax/Correo electrónico/Papel: \$6,50	PARA ENVIAR REGISTROS MÉDICOS A ESPECIALIDADES DE NEMOURS POR FAX: ORL – (407) 650-7124 PNS – (850) 473-4543 DE – (302) 295-0718 JAX – (904) 697-3927	PARA ENVIAR REGISTROS MÉDICOS A ATENCIÓN PRIMARIA DE NEMOURS POR FAX: DE – (302) 298-8995 ORL/CHA – (321)388-0111
--	--	--

Si tiene preguntas, comuníquese al 866-956-7299, opción 1