



Expediente # (MR #) _____

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/DIVULGAR INFORMACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Paciente: _____

Por este medio, autorizo al Franciscan Hospital for Children a: OBTENER DE DIVULGARA (Favor de Marcar lo que corresponda)

Institución/Escuela _____ Otro: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Atención: _____ Atención: _____

Fechas de Servicio/Tratamiento:

- Por favor, marque la información apropiada a ser obtenida/divulgada: Reporte (s) de Evaluación
 Servicios de Paciente Externo Inmunizaciones Examen Físico Notas de Admisión/ingreso Resumen de Alta
 Consultas Planes de Tratamiento Pruebas de Laboratorio Materiales Educativos
 Expediente Médico Completo Otros (Por favor especifique): _____

Propósito de la Divulgación: Atención Médica SPED Plan Educativo (siglas en inglés IEP) Legal
 Otro _____

Condiciones para la Autorización: He leído cuidadosamente y entiendo las declaraciones descritas arriba y mediante el presente documento doy a conocer mi autorización voluntaria para que se divulgue la información protegida de salud la cual podría incluir el Expediente Psiquiátrico, Información sobre Enfermedades Transmitidas Sexualmente o Información delicada acerca de mi condición y tratamiento a las personas/agencias nombradas arriba, siempre y cuando que la divulgación de la información se haga de acuerdo con las leyes aplicables.

Escriba sus iniciales en la línea siguiente si usted no autoriza la divulgación de la información relacionada a tratamiento psiquiátrico o información delicada _____ (iniciales)

Esta autorización será válida durante 120 días a partir de la fecha en que se firma. Yo entiendo que esta autorización puede ser anulada en cualquier momento mediante una notificación escrita dirigida a la institución, a no ser que ya se haya iniciado acción basada en ella. Una fotocopia de esta autorización constituye una autorización válida. Yo entiendo que la persona que reciba esta información puede divulgar de nuevo cualquier información usada en esta autorización y que dicha información que ha sido divulgada nuevamente no esta cubierta bajo las Reglas de Privacidad.

Firma del Testigo _____ Fecha _____

Nombre del Testigo en letra de imprenta _____ Fecha _____

Divulgación de Información relacionada a Drogas y Alcohol

Autorizo la divulgación de información sobre Drogas y Alcohol (Información sobre Drogas y Alcohol está protegida por los Reglamentos Federales: 42 CFR Parte II.)

Firma del paciente o Representante Personal _____ Firma del Testigo _____

Divulgación de Información relacionada al VIH. En la medida que mis archivos médicos contengan información relacionada a anticuerpos contra el VIH (HTLV-III) y pruebas de antígenos que están protegidos por M.C.L.. Cap. 111 70f, autorizo la divulgación de dicha información para el siguiente propósito:

Firma del Paciente o Representante Personal _____ Firma del Testigo _____