

**Sección 1: AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO**

Paciente	Fecha de Nacimiento:	Número de Registro Médico
Dirección del Paciente:	Ciudad:	Código Postal:

**Por este medio autorizo a: Franciscan Children's a (seleccione solo una casilla):**  **DIVULGAR A**  **OBTENER DE**

Médico/Facilidad/Escuela:	Otro:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Código Postal: Atención:	Código Postal: Atención:

**Sección 2: FECHAS DE SERVICIO/TRATAMIENTO Desde: Hasta:**

**Sección 3: PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN**

<input type="checkbox"/> <b>ATENCIÓN MÉDICA</b> Resumen de la Admisión Resumen de la Dada de Alta Plan de Tratamiento ECG (Electrocardiograma) Radiografías más recientes, Laboratorios más recientes, Consultas, Evaluaciones de Terapia	<input type="checkbox"/> <b>ELEGIBILIDAD PARA DISCAPACIDAD</b> Resumen de la Admisión Resumen de la Dada de Alta Plan de Tratamiento ECG (Electrocardiograma) Radiografías, Laboratorios, Consultas, Evaluaciones de Terapia	<input type="checkbox"/> <b>(IEP por sus siglas en inglés) /Planificación de Educación</b> Reportes de Evaluación <input type="checkbox"/> Educación Especial/ <b>(SPED por sus siglas en inglés)</b> Materiales de Educación <input type="checkbox"/> <b>ESCUELA/DEPORTES /CAMPAMENTO</b> Vacunación Examen físico (más reciente)	<input type="checkbox"/> <b>ATENCIÓN DENTAL</b> Reporte Operativo Registro de Anestesia Hoja Dental <input type="checkbox"/> <b>LEGAL</b> <input type="checkbox"/> Certificado para la Corte <input type="checkbox"/> Subpoena	<input type="checkbox"/> <b>PAGO DEL SEGURO</b> Resumen de la Admisión Resumen de la Dada de Alta Plan de Tratamiento ECG (Electrocardiograma) Radiografías más recientes, Laboratorios más recientes, Consultas, Rehabilitación Evaluaciones de Terapia	<input type="checkbox"/> <b>Información Adicional</b> <b>Seleccione abajo:</b> <input type="checkbox"/> Anotaciones de paciente ambulatorio <input type="checkbox"/> Evaluaciones (Terapia) <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Pruebas Genéticas <input type="checkbox"/> Evaluación Neuropsicológica <input type="checkbox"/> Información Educacional <input type="checkbox"/> <b>OTRO:</b>
---	--	--	--	--	---

**Sección 4: CONDICIONES BAJO LA AUTORIZACIÓN:**

Esta autorización será válida durante 120 días a partir de la fecha en que se firma. 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. Obtener una fotocopia de esta autorización constituye una autorización válida. 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 leyes o reglas de privacidad. Yo entiendo que el uso o divulgación de información es de índole voluntaria y no necesito firmar para recibir tratamiento o servicios.

**Sección 5: Si su expediente contiene información protegida/sensitiva (listada abajo) marque los espacios correspondientes para identificar la información que usted quiere sea INCLUIDA o EXCLUIDA de la divulgación.**

<input type="checkbox"/> 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 acerca de mi condición y tratamiento a las personas/agencias nombradas, la cual puede incluir <b>Archivos Psiquiátricos, (por ejemplo; Evaluación Neuropsicológica, Servicios de Terapia de la Conducta, Servicio Social)</b> , siempre y cuando la divulgación de tal información se haga de acuerdo a la ley correspondiente.
<input type="checkbox"/> No doy consentimiento para divulgar información relacionada al <b>Expediente Psiquiátrico</b>
<input type="checkbox"/> 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 acerca de mi condición y tratamiento a las personas/agencias nombradas, la cual puede incluir <b>Enfermedades de Transmisión Sexual (STDS, por sus siglas en inglés).</b>
<input type="checkbox"/> No doy consentimiento para divulgar información relacionada a <b>Enfermedades de Transmisión Sexual.</b>
<input type="checkbox"/> 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 acerca de mi condición y tratamiento a aquellas personas/agencias nombradas, la cual puede incluir <b>Información Sensitiva</b> (por ejemplo; prueba genética/consejería, abuso, violencia, acoso sexual).
<input type="checkbox"/> No doy consentimiento para divulgar información relacionada a <b>Información Sensitiva.</b>
<input type="checkbox"/> <b>Divulgación de Información sobre Drogas y Alcohol.</b> Autorizo la divulgación de la información sobre drogas y alcohol (La información sobre Drogas y Alcohol es protegida por la Regulación Federal: 42 CFR Parte II.)
<input type="checkbox"/> No doy consentimiento para divulgar información relacionada a <b>Drogas y Alcohol.</b>

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

No doy consentimiento para divulgar **Información relacionada al VIH**

**Sección 6: FIRMA Y FECHA:**

**NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:**

(SELECCIONE UNO)

Paciente (si tiene 18 años o mayor/o es menor emancipado)

Tutor Legal (requiere tener documentación adicional)

Padre (si el paciente es menor de 18 años)

Agente de Cuidado en la Salud (requiere tener documentación adicional)

**FIRMA DEL TESTIGO Y FECHA:**

**NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:**