



AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION



Los padres deben completar este formulario para recibir informacion sobre el paciente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **Registros del paciente hospitalizado/ambulatorio**
(Marque la opción que corresponda)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **Fecha de servicio(s):** _____

- Yo, el abajo firmante, en calidad de paciente/padre/tutor legal, autorizo a **Children's Specialized Hospital** a divulgar la información médica protegida del paciente mencionado anteriormente para este fin.
- La información se divulgará y utilizará de la siguiente manera (brinde fechas según corresponda):

- | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Evaluación _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Notas de progreso (especifique) _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Historial y atención médica | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Informes de asesoramiento | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Registro total | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Otro: _____ | |

(SÓLO PACIENTES HOSPITALIZADOS) Quiero una copia del resumen del alta médica y del resumen transdisciplinario de mi hijo.

3. Comprendo que la información puede contener datos sobre **VIH/SIDA, información psiquiátrica, psicológica, de enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis e información genética.** Autorizo a que la información se divulgue y sea utilizada por la siguiente organización o persona:

Nombre: _____

Domicilio, ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono _____

4. **Con el objetivo de:** _____

5. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y que esto se debe realizar por escrito. Comprendo que esta revocación no se aplica a la información que ya se ha divulgado. Comprendo que esta revocación no se aplica a la solicitud de mi compañía de seguro cuando la ley permite que mis derechos de asegurador accedan a la información conforme a mi póliza. Comprendo que autorizar la divulgación de la información es voluntario, y que el hecho de no firmarla no afectará el tratamiento. Esta autorización vencerá en la siguiente fecha: _____. Si no especifico una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá en un año a partir del momento en que la firme.

6. Comprendo que puedo revisar la información y guardar una copia de la información que se divulgará, según figura en 45CFR 164.524. Comprendo que cualquier divulgación de la información tiene el potencial para una divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por los reglamentos de confidencialidad federales y estatales. Comprendo que si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Director del Departamento de servicios de administración de información médica. Comprendo que bajo ciertas circunstancias tales como padres adoptivos, padres preadoptivos, custodios, etc. deberé producir documentos vigentes específicos o documentos legales válidos.

Firma del paciente/padre/tutor legal

Fecha

Firma del menor (14 años o mayor si la información psiquiátrica y/o psicológica se divulga)

Fecha

Relación con el paciente

Aviso al destinatario de esta información: Esta información divulgada se ha extraído de los registros médicos, cuya confidencialidad está protegida por las reglamentaciones federales y estatales. Las reglamentaciones federales y estatales le prohíben volver a divulgar sin el consentimiento por escrito del paciente, padre o tutor legal, a menos que se permita lo contrario según reglamentaciones específicas. Cualquier persona que reciba esta información protegida por estas reglamentaciones, ya sea obtenida legalmente o no, tiene prohibido por ley su utilización para cualquier tipo de investigación penal o civil. (Reglamentación federal 42 CFR Parte 2) (N.J.S.A.)