

Hospitales Shriners Para Niños®
Autorización para la divulgación de información sobre salud –
California

Nombre del paciente: _____

Registro de salud # _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección: _____

Teléfono _____

Para el(los) periodo(s) de cuidado de la salud

desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____

desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____

1. Mediante éste autorizo a Hospitales Shriners Para Niños®, _____
proporcionarle a:

Nombre: _____

Dirección (calle): _____

Ciudad, estado y código postal: _____

2. Información a ser divulgada:

- Resumen de alta Notas de progreso Informes Operativos
 Historia y examen físico Estudios de Laboratorio
 Reportes de consultas Reportes de rayos x Placas de rayos x
 Fotografías/diapositivas Estados de cuenta Otros _____

Policy # UDA-4



Shriners Hospitals for Children®

Authorization for Disclosure of Health Information- California

Patient Name & MR #:

**Autorización para la divulgación de información sobre salud –
California**

3. Razón de la divulgación: _____

4. Se requiere una firma por separado para la divulgación de información sobre los puntos mencionados a continuación. Poner iniciales en cada renglón si aplica.

___ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV)

___ Servicios de salud del comportamiento / cuidados psiquiátricos / registros de psicoterapia

___ Registros de tratamiento y diagnóstico de abuso de alcohol y otras sustancias

___ Embarazo, anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual

___ Exámenes genéticos

Firma para la divulgación de información en el punto 4:

5. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones valiéndose de esta autorización. **A menos que se la revoque de otro modo, esta autorización se vencerá al año (12 meses) de la fecha original para la divulgación de información a familiares, y a los seis (6) meses de la fecha original para cualquier otro tipo de divulgación.**

Policy# UDA-4

Patient Name & MR #:

**Autorización para la divulgación de información sobre salud –
California**

6. He tenido la oportunidad de hacer preguntas respecto a esta Autorización y me las han respondido completamente.

7. Por el presente, libero, declaro libre de daño y responsabilidad a Hospitales Shriners para Niños[®], a sus sucesores y cesionarios, y a sus agentes y empleados por cualquier demanda o acción legal derivada de la divulgación de los registros de salud y/o información de salud que yo previamente autorice.

8. Es posible que quien reciba esta información la divulgue a otras personas. Hospitales Shriners para Niños[®] no puede evitar la re-divulgación y no será responsable por ella.

Entiendo que no necesito firmar esta Autorización y he decidido no hacerlo. El hecho de que yo no pueda o no desee firmarla no afectará mi tratamiento o el de mi hijo, ni la capacidad de recibir tratamiento en Hospitales Shriners Para Niños[®].

Firma del Paciente (si tiene 14 años o más)

Firma de la Madre o Tutor Legal

Firma del Padre o Tutor Legal

Testigo

Testigo

Fecha

Fecha

Policy# UDA-4

Patient Name & MR #: