

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

**Shriners Hospitals for Children®**

Authorization for Disclosure of Health Information- California

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<sup>®</sup>, 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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup>.

\_\_\_\_\_  
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

**Shriners Hospitals for Children<sup>®</sup>**

Authorization for Disclosure of Health Information- California

Patient Name & MR #: