

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) \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección (calle): \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

2. Información a ser divulgada:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta          | <input type="checkbox"/> Notas de progreso       | <input type="checkbox"/> Informes Operativos      |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Estudios de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Reportes de consultas    |
| <input type="checkbox"/> Reportes de rayos x      | <input type="checkbox"/> Placas de rayos x       | <input type="checkbox"/> Fotografías/diapositivas |
| <input type="checkbox"/> Estados de cuenta        | <input type="checkbox"/> Otros _____             |   |

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:**

\_\_\_\_\_

**Autorización para la divulgación de información sobre salud**  
*Authorization for Disclosure of Health Information*  
Shriners Hospitals for Children®



**Patient Information Label**

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.**
  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 (14 años de edad o mayor)      Fecha    Hora      AM/PM

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/guardián legal      Fecha    Hora      AM/PM

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/guardián legal      Fecha    Hora      AM/PM

\_\_\_\_\_  
 Nombre impreso      Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
 Nombre impreso      Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
 Firma del testigo      Fecha    Hora      AM/PM

\_\_\_\_\_  
 Firma del testigo      Fecha    Hora      AM/PM

\_\_\_\_\_  
 Nombre (impreso)

\_\_\_\_\_  
 Nombre (impreso)

**Autorización para la divulgación de información sobre salud**  
*Authorization for Disclosure of Health Information*  
 Shriners Hospitals for Children®

**Patient Information Label**