Children's Hospital LOS ANGELES

☐ COMPLETADO

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

Para ciertas solicitudes, es posible que le cobren una tarifa. Si no proporciona toda la información que se solicita, puede que se invalide este formulario.

Número de historia clínica o expediente médico (si lo sabe):
_____

Nombre del paciente:_____
Fecha de nacimiento del paciente:_____
Padre o madre/Representante legal (si es menor de 18 años):
_____
Dirección:_____
Ciudad:_____ Estado:_____
Código postal:_____ País:_____
Teléfono: ( )_____Correo electrónico:_____

Autorizo a CHLA a que divulgue la información de la salud según lo estipulado a continuación:

☐ Marque esta casilla si se trata de la misma información que en la parte superior.

Nombre del destinatario y/o la organización:_____
Dirección: _____ Ciudad: _____Estado: _____ Código postal:_____
País _____ N.º de teléfono: ( ) _____ N.º de fax: ( ) _____
Correo electrónico: _____

Esta divulgación puede usarse para lo(s) siguiente(s) propósito(s): ☐ Uso personal ☐ Continuidad de la atención ☐ Seguro ☐ Legal ☐ Escuela ☐ Otro:_____ ☐ Limitaciones _____

Marque SOLAMENTE una de las siguientes opciones para identificar qué información de la salud se divulgará.

☐ **Opción 1:** Los 2 últimos años de la información de relevancia clínica pertinente

☐ **Opción 2:** Las historias clínicas, tal y como se detallan a continuación. Usted debe completar tanto el Paso 1 como el Paso 2 a continuación:

Paso 1: Introduzca el periodo o la(s) fecha(s) de las historias clínicas que se divulgan: _____

Paso 2: Elija los tipos de historias clínicas que se divulgarán:

☐ Departamento de Emergencias ☐ Antecedentes y revisiones médicas ☐ Vacunas
☐ Resultados de los análisis ☐ Notas clínicas ☐ Informes de Radiología
☐ Imágenes de radiología ☐ Informes de patología ☐ Informes operatorios ☐ Resumen de alta

Marque las casillas a continuación si desea que esta divulgación incluya la siguiente información delicada; de lo contrario, se excluirá esta información.

Si el paciente tiene 12 años o más, se precisa su firma para la divulgación.

☐ **Historias clínicas de genética** ☐ **Enfermedades de transmisión sexual/infecciones de transmisión sexual, VIH, SIDA**
☐ **Historias clínicas del tratamiento de adicción a medicamentos** ☐ **Resultados de las pruebas del VIH** ☐ **Historias clínicas del tratamiento de salud mental**

Firma del paciente:_____

Sin importar la edad del paciente, se precisa su firma para la siguiente información delicada:

☐ Prevención o tratamiento de embarazos

Firma del paciente: _____

Nota: la divulgación de esta información se puede denegar por alguna circunstancia.

Formato: ☐ Electrónico ☐ Papel ☐ Verbal (únicamente por parte del médico o del personal de enfermería)
Método de entrega preferido: ☐ Correo electrónico ☐ Correo ☐ Teléfono/Mensaje de voz ☐ Fax
☐ Memoria USB ☐ CD/DVD ☐ Otro: _____

Vencimiento. Si no se indica una fecha de vencimiento, la presente autorización vencerá automáticamente a los 180 días a partir de la fecha que se firme. La presente autorización es vigente a partir del momento en que se firma y vencerá el _____/_____/_____.

Derechos del paciente. Entiendo que puedo negarme a firmar la presente autorización y que mi negativa no afectará la inscripción en mi plan de salud o el de mi niño, los requisitos para recibir los beneficios o la capacidad para obtener tratamiento, a menos que lo permita la ley o el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de CHLA. Puedo revisar u obtener una copia de la información de la salud sujeta a la presente autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Revocación. Puedo revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, firmada por mí o en mi nombre, excepto cuando otras personas, incluido CHLA, hayan actuado según lo dispuesto en esta autorización. La revocación entrará en vigencia cuando se haya recibido en el Departamento de Health Information Management de CHLA, 4650 Sunset Blvd. MS#46, Los Angeles, CA 90027, Fax 323-361-1106.

Segunda divulgación. La información divulgada relacionada con la presente autorización podría volverse a divulgar por parte del destinatario. Las leyes de California prohíben a los destinatarios de su información de la salud o de su niño que vuelvan a divulgar dicha información a menos que cuenten con su autorización por escrito o concretamente lo exija o lo permita la ley. No obstante, en algunos casos, las leyes de California no prohíben que la información se vuelva a divulgar, y puede que ya no quede protegida en virtud de la ley federal de privacidad.

Autorización para enviar un correo electrónico. He indicado en mi autorización para divulgar información de la salud que Children's Hospital Los Angeles (CHLA) debería enviar por correo electrónico mi información de la salud o la de mi niño al destinatario que se menciona en el formulario. Consecuentemente, por la presente doy permiso expreso a CHLA para que divulgue mi información de la salud o la de mi niño al destinatario que se menciona en mi formulario de autorización para divulgar información de la salud por correo electrónico. Entiendo que este correo electrónico tendrá mi Información de la Salud Protegida (PHI) o la de mi niño, y que puede que ni Internet ni el correo electrónico sean seguros ni privados. Como consecuencia, existe el riesgo de que mi información de la salud o la de mi niño, así como la información confidencial o delicada que puedan contener estos correos electrónicos, sean desviadas, publicadas, modificadas o interceptadas por personas no autorizadas. CHLA usará medios razonables para proteger la privacidad de mi información de la salud o la de mi niño; no obstante, debido a los riesgos que se explican anteriormente, entiendo y acepto que CHLA no puede garantizar que la información de la salud que se envíe por correo electrónico sea confidencial. Además, acepto eximir de toda responsabilidad a CHLA y a cualquier persona asociada con CHLA de reclamo y responsabilidad civil alguna derivada o relacionada con mi solicitud de divulgar mi información de la salud por correo electrónico. **Escriba sus iniciales aquí _____ para aceptar que CHLA envíe por correo electrónico las historias clínicas que se solicitaron.**

Firma

Nombre del representante personal/paciente	Parentesco con el paciente*
Firma del representante personal/paciente	/ / Fecha

*Si la persona que firma esta autorización no es el paciente o uno de los padres, por favor, adjunte la documentación de autoridad.

Health Information Management 4650 Sunset Blvd., MS#46 Los Angeles, CA 90027
T. 323-361-2387 F. 323-361-1106 ROI@chla.usc.edu