



Identificación del paciente

Nombre impreso: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

N.º de Seguro Social: _____ Teléfono: _____

Información que se revelará – Abarca los períodos de atención médico

A partir de la fecha _____ hasta la fecha _____

Marque el tipo de información que se revelará:

<input type="checkbox"/> Registro de salud completo	<input type="checkbox"/> Códigos de diagnóstico y tratamiento	<input type="checkbox"/> Resumen del alta
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> Informes de consultas	<input type="checkbox"/> Notas del progreso
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes de radiografías	<input type="checkbox"/> Imágenes/películas de radiografías
<input type="checkbox"/> Fotografías, cintas de video	<input type="checkbox"/> Registro de facturación completo	<input type="checkbox"/> Factura detallada

Otro (especifique) _____

Propósito de la solicitud

The Children's Hospital of San Antonio
Goldsbury Center for Children's and Families
Genetics Clinic, 2nd Floor, Clinic 2C
333 North Santa Rosa Street
San Antonio, Texas 78207
210.704.0407

Revelación de registros de abuso de drogas/alcohol v/o registros psiquiátricos v/o registros de VIH/SIDA

Comprendo que, si mi registro médico o de facturación contiene información que hace referencia al abuso de drogas o alcohol, a tratamiento psiquiátrico, a enfermedades de transmisión sexual, a pruebas de hepatitis B o C y otra información delicada, se me ha brindado la oportunidad de firmar una autorización específica.

Coloque sus iniciales en una opción: Sí _____ No _____ No aplicable _____

Comprendo que, si mi registro médico o de facturación contienen información que hace referencia a pruebas o a tratamiento del VIH/SIDA (virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida), se me ha brindado la oportunidad de firmar una autorización específica.

Coloque sus iniciales en una opción: Sí _____ No _____ No aplicable _____

Plazo y derecho a revocar la autorización

Excepto en la medida en que se haya tomado alguna medida en función de esta autorización, puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación por escrito al Funcionario Encargado de la Privacidad del centro en [location & e-mail address]. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha o cuando se produzca el siguiente evento _____, o 180 días a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

Nueva divulgación

Comprendo que la información divulgada mediante esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y puede ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996. Por el presente documento, se exonera al centro, a sus empleados, funcionarios y médicos de toda responsabilidad u obligación legales por la divulgación de la información mencionada anteriormente, en la medida en que se indicó y autorizó en el presente documento.

Firma del paciente o representante personal que puede solicitar la divulgación

Comprendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que no se me denegarán el tratamiento o el pago de servicios si no firmo este formulario. Puedo inspeccionar o copiar la información protegida sobre salud que se utilizará o divulgará. **Autorizo a [name of facility] para usar y divulgar la información de salud protegida que se especificó anteriormente.**

Firma: _____ **Fecha:** _____

Autoridad para firmar, en caso de no ser el paciente: _____

Identidad del solicitante verificada a través de: Identificación con fotografía Firma que coincida Otro, especifique _____