



Nombre completo del paciente y nombres previos	Fecha de nacimiento	Número de expediente médico	
Dirección	Ciudad	Estado	
Código postal			

Información que se divulgará – Marque todas las que correspondan.

<input type="checkbox"/> Información de salud pertinente*	<input type="checkbox"/> Informes de radiología
<input type="checkbox"/> Expediente médico completo** (incluyen todas sus citas e información en el expediente)	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología
<input type="checkbox"/> Solamente el historial de citas	<input type="checkbox"/> Imágenes de cardiología (incluyen electrocardiogramas EEG y EKG)
<input type="checkbox"/> Registro de vacunas	<input type="checkbox"/> Resultado de pruebas de VIH
Visita al departamento de emergencias el día: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Información sobre alcohol y drogas
<input type="checkbox"/> Visita como paciente ambulatorio el día: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Toda la información en este periodo de fechas:
Resultados de pruebas realizadas el día: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____

La información SE ENTREGARÁ A – Complete todas las secciones.

Organización: _____

Teléfono: _____ Número de fax: (____) _____ - _____

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Divulgar información vía: Envío por correo Fax CD/DVD, si está disponible Correo electrónico, si está disponible

Propósito de la divulgación – Marque todas las que correspondan.

Cita médica el día: _____ / _____ / _____ Ubicación: _____

Otro tratamiento o cuidado actual: _____

Otro: _____

Enviar la información a: – Complete todas las secciones.

Organización y/o nombre: _____

Teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Yo autorizo el uso o la divulgación de la información especificada en esta autorización relacionada al nombre del paciente que aparece arriba. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan realizado acciones en las bases de esta autorización. Para revocar esta autorización, debo presentar una notificación por escrito al Departamento de Manejo de la Información de Salud del hospital Children's Mercy o a otra organización que haya sido mencionada. A menos que esta autorización sea revocada, se vencerá una vez que la divulgación haya terminado.

No necesito firmar una autorización específica para divulgar información para tratamiento, pago u operaciones del cuidado de salud. Entiendo que la autorización de la divulgación de esta información es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para que pueda recibir tratamiento. Entiendo que podría inspeccionar o haber copiado la información para su uso o divulgación. Entiendo que si se divulga mi información de salud protegida a una persona que no requiere cumplir con las protecciones de privacidad federales, dicha información podría volver a divulgarse y ya no sería considerada protegida. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información puedo comunicarme con el Departamento de Manejo de la Información de Salud del hospital Children's Mercy al (816) 234-3455.

Nombre impreso del paciente, padre o tutor Legal	Relación con el paciente	Teléfono	
Firma del paciente, padre o tutor Legal		Fecha	
Dirección (si es diferente a la de arriba)	Ciudad	Estado	
Código postal			