



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

747 52nd Street, Oakland, California 94609

Teléfono: 510-428-3000

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ MR/UNIDAD No. _____

AUTORIZO A: Children's Hospital & Research Center Oakland
 Otro proveedor de cuidado de la salud _____

A REVELAR/DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD A (Debe enviar registro de la persona o lugar):

Persona / organización autorizada a recibir la información Dirección Postal Ciudad Estado Código postal

Marque este casillero para autorizar el intercambio entre las personas/organizaciones mencionadas arriba.

FECHAS DE TRATAMIENTO Desde ____ hasta ____ Todas las fechas de servicio

INFORMACIÓN REQUERIDA (MARQUE TODO LO APLICABLE)

Resumen pertinente Registro de emergencias Registros clínicos Inmunizaciones
 Otros (Enumerar) _____

PROPÓSITO DE LA REVELACIÓN Atención Médica Reclamo legal/ de seguro
 Paciente/Personal
 Otro: Por favor, especifique _____

Esta sección debe ser completada en todas las solicitudes. Marque los casilleros pertinentes.

Entiendo que mi registro médico también puede incluir información sobre diagnóstico y/o tratamiento relacionado con mi condición psiquiátrica (estado de salud mental) y/o mi estado de VIH.

_____ Autorizo _____ No autorizo a revelar información psiquiátrica.

_____ Autorizo _____ No autorizo a revelar información sobre mi estado de VIH.

Limitaciones, si las hay: _____

Esta autorización expirará (1) año después de la fecha de la firma o el _____ a menos que sea revocada. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento; sin embargo, esto no afectará la forma en que el Children's Hospital haya puesto en práctica mi autorización antes de recibir el aviso de revocación. Debo enviar mi revocación al Children's Hospital & Research Center Oakland, HIM Dept., 747 52nd St., Oakland, CA 94609.

Entiendo que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Esto no impedirá ni condicionará que reciba mi tratamiento.
- Si esta información médica es revelada a alguien que no está obligado legalmente a mantener su confidencialidad, puede volver a ser revelada y dejar de ser considerada información protegida.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma _____ Fecha _____ Código de área y Número telefónico _____

Si firma otro paciente, indicar la relación legal: _____