AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER/INTERCAMBIAR INFORMACIÓN MÉDICA DE UN PACIENTE

Paciente *

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido Nombre Segundo nombre Mes Día Año

Otros nombres que haya usado: _____ (si corresponde) No. de expediente médico: _____ (si se conoce)

Autorización

Yo doy autorización para que Seattle Children's Hospital: ☑ Proporcione a ☑ Obtenga de ☑ Intercambie con (solamente información verbal)

Organización/Destinatario: Northwest School for Deaf & Hard-of-Hearing Children Atn: Administrator

Dirección: 15303 Westminster Way N Ciudad: Shoreline Estado: WA Código postal: 98133

Teléfono: (206) 361-4605 Fax: (206) 367-3014 Email: a.castaneda@northwestschool.com
(obligatorio para entrega en CD y electrónica)

Entrega/Propósito

Se enviarán copias impresas al destinatario por correo a menos que se indique otro formato a continuación:

☐ CD (disco compacto) ☑ Entrega electrónica segura (solo para pacientes/familiares) ☐ En persona (le avisaremos por teléfono cuando estén listos)

Indique el propósito de su petición:

☐ Continuar la atención médica ☐ Transferencia de la atención ☐ Uso personal ☐ Jurídico ☐ Seguro ☐ Discapacidad ☑ Escuela
☐ Otro (aclare): _____

Información

Expedientes de las fechas:

Del 1/1/2019 Mes/Año -- **Al** ongoing Mes/Año

Si no se especifica una fecha, se proporcionará un resumen de los expedientes (la documentación clínica más reciente)

☐ Hospitalización
☑ Clínica ambulatoria/Departamento de emergencias
☐ Informes de laboratorio y radiología
☐ Notas de cirugía/intervención
☐ Imágenes de radiología (en CD)
☐ Expedientes de facturación

☐ Resumen de psiquiatría y medicina conductual/Plan de atención
☐ Resumen de servicios educativos
☑ Otro (aclare)
Audiograms, Audiology and Speech-Language Clinic Notes

Avisos

Entiendo que:

- Firmar esta autorización para divulgar información médica no es obligatorio; no tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento o pago.
- Toda divulgación de información corre el riesgo de ser divulgada o distribuida posteriormente por el destinatario quien quizás no tenga la protección de las leyes de confidencialidad.
- Yo puedo cancelar esta autorización en cualquier momento informando por escrito al Departamento de Administración de Información Médica. Entiendo que una vez que se haya divulgado la información de conformidad con las disposiciones de esta autorización, no se podrá revocar la divulgación de esa información.

Firmas

Esta autorización vence un año después de la fecha de la firma a menos que se indique aquí otra fecha o evento: 12/31/2025
Excepción: si la información del paciente se divulga a un empleador o institución financiera, esta autorización solo es válida por 90 días a partir de la fecha de firma.

Menores de edad (13 a 17 años) - Es necesario obtener la firma del paciente menor de edad para divulgar la siguiente información: 1) afecciones relacionadas con la atención reproductiva, entre otras, control de la natalidad, servicios relacionados con el embarazo e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA (14 años de edad en adelante) 2) afecciones de salud mental (13 años de edad en adelante) 3) diagnóstico o tratamiento por abuso de drogas o alcohol (13 años de edad en adelante) (esta información está sujeta a la Regla Federal 42 CFR Parte 2; consulte el reverso para obtener más información).

Autorizo específicamente a Seattle Children's para que divulgue la información médica indicada a continuación:

☐ Atención reproductiva ☐ Infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA) ☐ Salud mental ☐ Abuso de drogas/alcohol

_____ Firma del paciente menor de edad
_____ Nombre en letra de imprenta
_____ Fecha de la firma

_____ Firma del paciente/representante legal (padre/madre)
_____ Nombre impreso
_____ Relación con el paciente

(_____) _____ Número de teléfono
_____ Fecha de la firma

Personal

¿Se le entregaron los expedientes al solicitante? ❑ SÍ ❑ NO Nombre del empleado: _____ Clínica/Unidad _____

Envíe la autorización completa al Departamento de Administración de Información de Salud (M/S S-216)

Seattle Children's®
HOSPITAL · RESEARCH · FOUNDATION

PO BOX 5371 MAIL STOP S-216
SEATTLE, WA 98145-5005
TELÉFONO: 206-987-2173 FAX: 206-985-3252

44036S

PATIENT LABEL

AUTHORIZATION TO RELEASE/OBTAIN/EXCHANGE PATIENT HEALTH INFORMATION
(AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER/INTERCAMBIAR INFORMACIÓN MÉDICA DE UN PACIENTE)

Original Copy: Chart Copy: Legal Representative/Patient