

Autorización para compartir información médica.

Nombre del paciente:	Concedo mi permiso a:
Apodo/apellido de soltera/alias:	Persona,
N.º de teléfono:	Centro,
Fecha de nacimiento:	Consultorio,
N.º de historia clínica:	
Dirección del paciente:	Departamento

Para que comparta mi información médica con:

Dirección:	Número de teléfono:
	Número de fax:
	Dirección de correo electrónico:

Fuentes de información médica

- ☐ Incluir **únicamente** información del centro/consultorio/departamento de ABC Kids Pediatric Health Care al que se le concedió permiso
- ☐ Incluir información del centro/consultorio/departamento de ABC Kids Pediatrics al que se le concedió permiso anteriormente **y también** de los siguientes establecimientos de ABC Kids Pediatrics (*especifique*):

Fechas de tratamiento (*especifique fecha o rango de fechas*):

Información que se compartirá (*marque todo lo que corresponda*):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Historia clínica completa | ☐ Seguro médico | ☐ Notas de progreso | ☐ Otro (<i>especifique</i>): |
| ☐ Información de facturación | ☐ Informe de laboratorio | ☐ Informe de radiología | |
| ☐ Consulta | ☐ Registros de medicamentos | ☐ Imágenes de radiología | |
| ☐ Resumen de alta | ☐ Notas de enfermería | ☐ Informe de cirugía | |
| ☐ Examen físico y de antecedentes | ☐ Transcripción del médico | ☐ Resultados de pruebas | |

Aviso importante: Esta es una autorización total e incluye información psiquiátrica, de drogas, alcohol y enfermedades de transmisión sexual, excepto lo especificado aquí:

Motivo para revelar la información médica:

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|
| ☐ Solicitud mía (del paciente) | ☐ Tratamiento | ☐ Discapacidad | ☐ Otro (<i>describa</i>): |
| ☐ Compensación de los trabajadores | ☐ Seguro médico | ☐ Legal | |

Cómo comunicar la información médica: ☐ En persona ☐ Recogerla ☐ Por fax ☐ Por correo postal ☐ Por correo electrónico (*cifrado/seguro*)

- | | |
|---|--|
| 1. Por ley, ABC Kids Pediatrics no puede usar ni compartir mi información médica sin mi permiso, excepto según lo establecido en la Notificación de prácticas de privacidad de ABC Kids Pediatrics. | 4. Una vez revelada la información, es posible que deje de estar protegida por la ley. Cualquier persona podrá compartir mi información con otras personas sin mi permiso. |
| 2. Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Debo cancelarlo por escrito y dirigirme a la persona u organización que se cita más arriba. No puedo cancelar la información ya revelada como resultado de este permiso. | 5. He leído, comprendido y recibido una copia de este formulario, previa solicitud. |
| 3. No tengo que firmar este formulario. Mi negación a firmar no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, el pago de tratamientos o beneficios. | 6. Esto no se usará con fines de mercadotecnia o investigación. |
| | Aviso: Se podrá cobrar un cargo por las copias solicitadas de la historia clínica. |

Mi permiso finaliza 90 días después de la fecha en que firmo, a menos que se especifique otra fecha o evento aquí:

Firma del paciente o representante del paciente	Fecha	Firma del testigo	Fecha
Autoridad legal para firmar por el paciente:	☐ Agente de atención médica ☐ Tutor ☐ Apoderado ☐ Padre/madre ☐ Pariente más cercano ☐ Administrador/albacea		

Si firma este permiso en calidad de tutor, agente de atención médica, apoderado o administrador/albacea del patrimonio del paciente, deberá proporcionar la documentación pertinente a su autoridad legal antes de que se puedan divulgar los registros.

El paciente es/está: ☐ Menor de edad ☐ Discapacitado ☐ Fallecido ☐ Incapaz ☐ Incapacitado

Si el paciente no habla inglés de forma fluida o tiene dificultades auditivas, se debe ofrecer un intérprete sin costo adicional.	☐ Intérprete aceptado	(Nombre/número de la persona/los servicios seleccionados/utilizados)
	☐ Intérprete rechazado	

Envíe a: ABC Kids Pediatric Health Care | 1310 E Arlington Blv. Suite A
| Fax: 252-358-3482 | E-Mail: Info@abckidspediatrics.com

