



Solicitud o Autorización para información médica protegida (PHI)

9300 Valley Children's Place, Madera, CA 93636-8762 FE06

Número telefónico: 559-353-5404 Fax 559-353-5418

ReleaseofInformation@valleychildrens.org

Sujeto a cobros en ciertas solicitudes. La falta de información solicitada invalidará esta autorización.

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Autorizo a *Valley Children's Hospital* y a *Valley Children's Medical Group* para divulgar información médica como sigue:

Nombre del destinatario o de la organización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Envío y formato de preferencia (Sujeto a cobros)

- ¿Portal MyChart Desea inscribirse hoy al portal MyChart? Sí No
- DISCO COMPACTO USB Correo (USPS puede tardar entre 7 y 10 días hábiles)
- Impreso (sin costo por las primeras 250 páginas, cada página adicional cuesta \$0.10 por página)
- Correo electrónico: _____
- Fax electrónico: _____

Esta divulgación puede usarse con el(los) siguientes propósitos(s):

- Uso personal Continuar cuidados Seguro Uso del abogado Escuela
- Otro: _____

Indique solo una de las siguientes opciones de la información médica que se debe proporcionar:

- Opción 1:** Información clínica pertinente de los últimos 2 años
- Opción 2:** Historia clínica según se especifique. Debe completar los pasos A y B a continuación:
- Paso A:** Indique las fechas de la información solicitada: _____
- Paso B:** Indique el tipo de información que se debe divulgar:
- Urgencias Anamnesis, exploración física Vacunas Resultados de análisis
- Notas clínicas Resumen de alta Informe de Patología Informes de cirugías
- Informe de cobros Informe de Radiología Radiografías y RM Ecocardiograma
- Resultados de ECG o EKG Exportación de la información electrónica
- Información completa designada Otro: _____

Contenido opcional: Solicitar esta información aumentará el tiempo de entrega de 10 a 14 días ya que se deben obtener permisos adicionales. *Es posible que la divulgación de esta información sea denegada en ciertas circunstancias.*

Marque las casillas a continuación si desea la divulgación de la siguiente información delicada; de lo contrario, esta información no se incluirá.

Notas de Psicología Notas de Trabajo social Defensa de los niños

Si el paciente es mayor de 12 años, es necesaria su firma para la divulgación de la siguiente información delicada:

Infecciones o enfermedades transmitidas sexualmente, VIH, Sida
 Tratamientos para la salud sexual y reproductiva

Firma del paciente: _____

Fecha de caducidad: Si no se especifica la fecha, esta autorización caducará automáticamente en 1 año de la fecha de la firma. Esta autorización será válida al firmar y la fecha de caducidad será:

/ /

Mis derechos:

Entiendo que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir prestaciones no serán denegados por razón exclusiva de mi negativa a otorgar esta autorización, a menos que corresponda lo siguiente:

- (i) el tratamiento está relacionado con una investigación clínica y el destinatario arriba indicado procura usar la información para realizar dicha investigación;
- (ii) el destinatario es una compañía de seguros médicos que procura obtener información (con la excepción de informes de psicoterapia) relacionada con mi elegibilidad o la inscripción futura en un seguro médico; o
- (iii) el único objetivo del tratamiento es recopilar información médica para proporcionarla al destinatario arriba indicado.

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y la envíe a la siguiente dirección: Valley Children's Hospital, 9300 Valley Children's Place Madera, CA 93636
- Habrá ocasiones cuando la revocación de esta autorización no se pueda conceder.
- Existe la posibilidad de que la información divulgada conforme a esta autorización sea divulgada a terceros por el destinatario y que ya no esté protegida.
- Ninguna revocación válida que *Valley Children's Hospital* reciba por escrito será aplicable a la información que ya se haya divulgado conforme a esta autorización ni afectará las medidas que *Valley Children's Hospital* haya tomado antes de la revocación escrita.

Nombre en letras de imprenta del paciente o representante

Parentesco con el paciente*

Firma del representante o del paciente

Fecha/ Hora

*Si la persona que firma esta autorización no es el paciente, ni el padre ni la madre adjunte el documento de autorización de la patria potestad. *