



8200 Dodge Street
Omaha, NE 68114
Phone (402) 955-3800; Fax (402) 955-7193

AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN DE SALUD

Por la presente autorizo al *Children's* Nebraska para que divulgue la siguiente información del expediente de salud de:

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nac. _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fechas de servicio: Desde (fecha) _____ Hasta (fecha) _____

Información a ser divulgada:

Expediente del Hospital

Documentos primordiales-
Reportes del médico / Exámenes Diagnósticos

0

- Reporte de urgencias/Emergencias
- Resumen del Alta
- Reportes de Radiología
- Pruebas de Laboratorio
- Condición del Paciente (para divulgar a los medios)
- Otro _____

Expediente en el Centro de Especialidades Pediátricas

Documentos primordiales -
Reportes del médico / Exámenes Diagnósticos

0

- Pruebas de Laboratorio
- Reportes de Radiología
- Otro _____
- Nombre Especifico del Médico/ de la Clínica: _____

Expediente del Children's Physician

Documentos primordiales -
Reportes del médico / Exámenes Diagnósticos

0

- Pruebas de Laboratorio
- Reportes de Radiología
- Otro _____
- Nombre Especifico del Médico/ de la Clínica: _____

Expediente del Children's Home Health

Documentos primordiales -
Reportes del médico / Exámenes Diagnósticos

0

- Pruebas de Laboratorio
- Reportes de Radiología
- Otro _____
- Nombre Especifico del Médico/ de la Clínica: _____

Esta información es para ser divulgada a (Nombre y Dirección):

Modo de Entrega:

- Se recogerá el expediente
- Se enviará el expediente por correo de 1^{ra} clase a la dirección de su izquierda vía (por favor marque uno):
 - Formato en papel
 - Formato en CD (No codificado)
 - Formato en CD (Codificado requiere WinZip)

*Children's Nebraska no es responsable de las copias una vez que han sido enviadas por correo.

El propósito de la información que va a ser divulgada: _____

A los límites previstos por la ley HIPPA, yo también autorizo dar información relacionada con (pone las iniciales si corresponde):

- _____ El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o infección de Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH)
- _____ Los Servicios de Salud de Comportamiento/ Cuidado Psiquiátrico
- _____ El Expediente de la Clínica de Trastornos de la Alimentación

Yo entiendo que esta información puede ser revocada por escrito, en cualquier momento, con la excepción de que ya se haya tomado acción en acuerdo con esta autorización. Además, entiendo que la información divulgada en conformidad a esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el destinatario y puede que ya no esté protegida por las regulaciones de confidencialidad federales o estatales. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá en la primera de las fechas identificadas a continuación o 12 meses después de la fecha en que se firmó. Children's no condicionará el tratamiento a la disposición de esta autorización.

Por la presente, esta instalación, sus empleados, funcionarios y médicos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento. Por favor, tenga en cuenta que es práctica del Children's Hospital and Medical Center divulgar únicamente la información creada por este centro y no volver a divulgar la información creada en otro lugar.

Firmado _____ Fecha _____
(Paciente o Tutor Legal) (Parentesco con el Paciente)

Nombre en Imprenta: _____

Fecha de Vencimiento: _____

Please Complete this Box Before Sending to HIM

___ Records need to be released by HIM

___ Records have been released (check one below)

___ Verbal ___ Faxed ___ Mailed ___ In-person

Name: _____ Date: _____