

## Autorización de HIPAA para usar/divulgar información personal de salud Authorization to Use or Disclose PHI

<u>Nombre del paciente</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Núm. de historia clínica</u>
<b>Sección 1:</b> Por medio del presente autorizo a <b>Children's Hospital Colorado (CHCO)</b> a divulgar información, según lo descrito a continuación, a:		
Nombre del individuo o de la organización que <b>recibirá</b> la información: _____		
Dirección: _____		
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____		
<b>A los efectos de:</b> <input type="checkbox"/> Continuación de la atención o del tratamiento <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Seguro		
<input type="checkbox"/> Otro (por favor, describa): _____		
<b>Sección 2: Escriba los expedientes y las fechas a divulgar*</b>		
<input type="checkbox"/> La historia clínica legal completa <input type="checkbox"/> Sólo los expedientes médicos legales correspondientes [que incluyen: Proveedor, progreso, notas e informes, departamento de emergencia, informes, resumen de alta, informes de laboratorio/patología, informes de diagnóstico por imágenes, informes quirúrgicos o de procedimientos, informe de ECG]		
<b>Otros expedientes:</b>		
<input type="checkbox"/> Consultas telefónicas	<input type="checkbox"/> Registro de vacunación	<input type="checkbox"/> Notas de enfermería
<input type="checkbox"/> Trabajo social clínico	<input type="checkbox"/> ECO, EEG, EMG, pruebas de PFT	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas
<input type="checkbox"/> Tratamiento por alcohol/drogas	<input type="checkbox"/> Expedientes de salud conductual	<input type="checkbox"/> Expedientes sobre VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Pruebas de audiología
		<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología
		<input type="checkbox"/> Información sobre facturación
<b>Fechas de los servicios (entre):</b> _____ y _____		
<b>Por favor tenga en cuenta que:</b> La información a divulgar puede incluir un diagnóstico o una referencia a las siguientes afecciones: Servicios de salud conductual/atención psiquiátrica, anemia drepanocítica, pruebas genéticas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), consumo de alcohol y/o drogas, o enfermedades de transmisión sexual.		
<b>*Se requiere la firma del paciente a continuación, para divulgar estos expedientes específicos del departamento:</b> Paciente de <b>13 años de edad o mayor:</b> Información sobre salud reproductiva, que incluye embarazo y enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA o tratamiento contra las drogas/alcohol. Paciente de <b>15 años de edad o mayor:</b> Información sobre salud conductual o atención psiquiátrica.		
<b>Método de divulgación:</b>	<input type="checkbox"/> Impreso	<input type="checkbox"/> CD <i>(sólo disponible para los expedientes almacenados electrónicamente)</i>
<b>Método de entrega:</b>	<input type="checkbox"/> Correo	<input type="checkbox"/> Fax

**Entiendo lo siguiente:** Esta autorización **vencerá** automáticamente 1 año después de la fecha de la firma a continuación o en la fecha en que el menor se convierta en adulto de acuerdo con las leyes estatales, a menos que yo solicite una fecha de vencimiento antes del término de 1 año. Puedo elegir **revocar** esta autorización en cualquier momento, excepto al punto en que ya se hayan tomado medidas para cumplir con ella, mediante una notificación por escrito a CHCO. La información divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una **siguiente divulgación** por parte del receptor y dejará de estar protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA. Se me proporcionará una copia de esta autorización al completar la solicitud. CHCO continuará brindando tratamiento y cobrando por los servicios provistos, ya sea que yo firme o no esta autorización. CHCO puede cobrar por las copias de los expedientes médicos.

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Firma del paciente</b> (cuando sea requerida)
<input type="checkbox"/> Padre/Madre o Representante personal	<input type="checkbox"/> Poder	<input type="checkbox"/> Pariente más cercano del fallecido
		<input type="checkbox"/> Albacea testamentario

**CHCO HIM** • 13123 E. 16<sup>th</sup> Ave, Box 150, Aurora, CO 80045 • Tel.: 720-777-4259 • Fax: 720-777-7251  
**Radiología de CHCO** • Correo electrónico: [radiology.archive@childrenscolorado.org](mailto:radiology.archive@childrenscolorado.org) • Tel.: 720-777-8625 • Fax: 720-777-7132  
**ROI @ Briargate** • Tel.: 719-305-9562 • Fax: 719-305-9702



AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PHI  
FORM #680330

REV. 6/2016

Place Patient Identification Label Here