

**Instrucciones para completar el documento de autorización para divulgar u obtener información médica protegida**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** Debe incluirse el nombre legal completo que le corresponde específicamente al paciente para del cual se solicita la información.

**ORGANIZACIÓN QUE ENVÍA LA INFORMACIÓN:** Identifique de cuál de los hospitales o clínicas de Children's Healthcare of Atlanta es que está buscando información. La solicitud debe ser específica. Si no especifica el nombre del hospital o clínica, quizás reciba los expedientes de TODOS los hospitales y TODAS las clínicas de Children's Healthcare of Atlanta.

Si se trata de una autorización para que Children's Healthcare of Atlanta obtenga información de otro lugar en su nombre, debe incluir el nombre completo de la persona/empresa, número de teléfono, número de fax y tanta información de contacto adicional como sea posible.

**PERSONA/ORGANIZACIÓN QUE RECIBE LA INFORMACIÓN:** Identifique el nombre completo de la persona/empresa, dirección y teléfono de la entidad que recibe la información.

**INFORMACIÓN QUE SE DARÁ A CONOCER:** Esta sección nos brinda las instrucciones sobre cuál es la información que se debe divulgar. Si usted selecciona "Set de expediente de rutina", daremos a conocer documentos que corresponden a la consulta de atención del paciente. Normalmente, esto es lo que los consultorios de los doctores, los hospitales u otros proveedores de atención médica necesitan para proporcionar información relacionada con su atención. Si selecciona "Cualquier y todo expediente", se proveerá su expediente completo de la fecha de una consulta específica o de todas las fechas de consulta. Lo mejor es que identifique la fecha o el rango de fechas que necesita quien hace el pedido.

**INSTRUCCIONES PARA LA DIVULGACIÓN:** Esto nos indica cómo desea que le entreguemos a información. Podemos imprimir y enviar los documentos por correo, o enviar los documentos de forma segura por correo electrónico o por servicio de envío electrónico. Si desea ver la información antes seleccionar los documentos, indique que eso es lo que desea hacer en el formulario de autorización y nos comunicaremos con usted para fijar una cita a fin de ver los documentos. La política de Children's Healthcare of Atlanta es NO enviar por fax la información del paciente, excepto en caso de requisitos de atención directa del paciente (por ejemplo, a un médico a clínica). Debe tener en cuenta: Si selecciona divulgación "verbal", usted autoriza a Children's Healthcare of Atlanta a discutir y divulgar información médica protegida confidencial (PHI, por su sigla en inglés) con el recipiente designado. Sólo el personal clínico tiene permitido dar a conocer PHI en forma verbal.

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:** Debe identificar las razones por las que se necesita una copia de la historia clínica del paciente. Esto nos ayuda para rastrear y asignarle la prioridad a su solicitud. También nos informa quién sería responsable por el pago de los costos de los expedientes (cuando corresponde).

**DURACIÓN DEL CONSENTIMIENTO, REVOCACIÓN Y OTRO TIPO DE INFORMACIÓN QUE DEBE SABER:** Este documento de consentimiento caducará en forma automática en 12 meses A MENOS QUE usted escriba otra fecha u otro evento. La autorización se revoca si usted envía las instrucciones por escrito a nuestra organización.

---

Enviar las solicitudes de historias clínicas del paciente a la siguiente dirección:

Children's Healthcare of Atlanta Cardiology  
Health Information Services  
2835 Brandywine Road  
Suite 400  
Atlanta, GA 30341  
Teléfono: 404-256-2593  
Fax: 770-488-9403  
HIS@kidsheart.com

Para solicitar una lista de lugares atención de Children's Healthcare of Atlanta Cardiology y las direcciones correspondientes, visite [www.choa.org/heart](http://www.choa.org/heart)

**CHILDREN'S HEALTHCARE OF ATLANTA**  
**CHILDREN'S HEALTHCARE OF ATLANTA CARDIOLOGY**  
**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR U OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>	Nombre: (Nombre, 2o. nombre, apellido) _____ Fecha de nacim.: _____
<b>ORGANIZACIÓN QUE ENVÍA LA INFORMACIÓN</b> <small>(Nombre de la persona o institución que dará a conocer su información)</small>	<input type="checkbox"/> Children's Healthcare of Atlanta (LUGAR): _____ -O- <input checked="" type="checkbox"/> Otra institución (no CHOA): Nombre de la persona o institución: <b>Children's Healthcare of Atlanta Cardiology</b> Dirección: <u>2835 Brandywine Road, Suite 400</u> Teléfono: <u>404-256-2593</u> Ciudad: <u>Atlanta</u> Estado: <u>Georgia</u> Código postal: <u>30341</u>
<b>PERSONA U ORGANIZACIÓN QUE RECIBE LA INFORMACIÓN</b> <small>(Nombre de la persona o institución que recibirá su información)</small>	<input type="checkbox"/> Children's Healthcare of Atlanta - u- <input type="checkbox"/> Otra institución o persona (no-CHOA) Nombre de la persona o institución: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
<b>INFORMACIÓN QUE DEBE DARSE A CONOCER</b>	Indique las fechas de servicio que corresponden: _____ <b>Marque los tipos de información que deben darse a conocer:</b> <input type="checkbox"/> Cualquier y todo expediente <input type="checkbox"/> Set de expediente de rutina <input type="checkbox"/> Expediente de sala de emergencias <input type="checkbox"/> Expediente clínico <input type="checkbox"/> Expediente del hospital <input type="checkbox"/> Expediente quirúrgico <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Radiología <input type="checkbox"/> Expediente de facturación <input type="checkbox"/> Otro tipo: _____
<b>INSTRUCCIONES PARA LA DIVULGACIÓN</b>	<b>Elija un método/formato de divulgación:</b> <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Correo (a la dirección que figura arriba) Verbal <input type="checkbox"/> (Nombre del recipiente: _____) <input type="checkbox"/> Recogerá en persona    Fax (solo información del cuidado del paciente) Número de fax: _____ <input type="checkbox"/> CD (únicamente radiografías) <input type="checkbox"/> Unidad USB <input type="checkbox"/> Papel
<b>PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Continuación del cuidado <input type="checkbox"/> Reembolso del seguro <input type="checkbox"/> Acción legal/estudio <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Decisión sobre incapacidad del seguro social <input type="checkbox"/> Otro propósito: _____
<b>Me doy por enterado y acepto haber leído (o que otra persona me ha leído) las siguientes afirmaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta autorización <b>caduca en 12 meses</b> a partir de la fecha en que se firma el documento a menos que se indique aquí otra fecha:</li> <li>• No impongo limitaciones a los antecedentes o enfermedades (incluida información del VIH y/o sida, genética, sobre dependencia de drogas o psiquiátrica) ni a la información de diagnóstico o tratamiento, incluido cualquier tratamiento por abuso de drogas o alcohol o trastornos psiquiátricos.</li> <li>• Puedo rehusar firmar esta autorización, y que eso es estrictamente voluntario y que mi tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no están condicionados por mi firma en esta autorización</li> <li>• Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento si envío un pedido de revocación por escrito. La revocación de esta solicitud no afectará cualquier divulgación de información médica realizada antes de que Children's Healthcare of Atlanta recibiera mi aviso por escrito.</li> <li>• Entiendo que la información divulgada podría ser divulgada otra vez y a partir de lo cual ya no estará bajo la protección de las regulaciones federales de privacidad.</li> <li>• Entiendo que he dado mi consentimiento a la divulgación verbal, la información confidencial divulgada podría incluir información sobre el tratamiento del paciente en Children's que se haya obtenido de las entrevistas con la familia, los doctores y el personal del hospital, o de la historia clínica del paciente, lo que puede incluir imágenes de cualquier tipo, y yo no impongo ninguna limitación a la información médica protegida que se divulgue de conformidad con esta autorización. Por el presente renuncio al derecho o a los intereses en la confidencialidad de la información del paciente.</li> <li>• Entiendo que tengo el derecho a ver y obtener una copia de la información que se describe en este formulario, por una tarifa razonable para ese fin, si así lo solicito.</li> <li>• Entiendo que puedo tener la copia firmada de este formulario, si así lo solicito.</li> </ul>	
<b>ATENCIÓN: Repase la información a continuación con sumo cuidado. Si falta información, quizá no se procese la solicitud.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el paciente tiene 18 años de edad o más, es el paciente quien debe firmar y escribir la fecha en el formulario.</li> <li>• Si el paciente tiene 18 años de edad o más, y no está capacitado para firmar, una persona legalmente autorizada puede firmar y escribir la fecha el formulario. Debe indicar cuál es su autoridad legal e incluir los documentos que demuestran la relación:  <input type="checkbox"/> Tutor legal o custodio    <input type="checkbox"/> Representante para asuntos médicos (poder de representación para atención médica)</li> <li>• Si el paciente tiene 17 años de edad o menos, los padres o el tutor legal del paciente deben firmar y escribir la fecha en este formulario, a menos que exista una excepción contemplada por las leyes estatales o federales. Debe indicar su relación:  <input type="checkbox"/> Padre/madre    <input type="checkbox"/> Tutor legal         </li> </ul>	
Al firmar, entiendo que autorizo a Children's Healthcare of Atlanta a divulgar u obtener la información tal como se describe anteriormente. Por la presente libero a Children's (y sus funcionarios, autoridades, directores, empleados, fideicomisarios, miembros del personal médico y representantes) de toda y cualquier reclamación, obligación, acción judicial o costo relacionados con el uso de imágenes o la divulgación de información y materiales que aquí se describen.	
Firma del Paciente/Tutor legal _____	Fecha _____ Autoridad para actuar en nombre del paciente (adjuntar documento) _____