

Sibley Heart Center Cardiology
 2835 Brandywine Road, Suite 300
 Atlanta, Georgia 30341
 Phone – 404-256-2593
 Fax - 770-488-9403

Email: HealthInformationSer@kidsheart.com



Autorización para REVELAR información de salud protegida

(Nombre completo del PACIENTE en LETRA DE IMPRENTA)(Fecha de nacimiento del PACIENTE)

(Nombre en LETRA DE IMPRENTA del Padre/Tutor o Paciente (si tiene 18 años o más)

Teléfono, con código de área, para llamar durante el DÍA)

Marcar (✓) una opción. Yo soy el Paciente (debe tener 18 años o más) Padre o Tutor legal a cargo de la custodia (indicar la relación con el paciente)

Enviar los registros por correo a: Enviar los registros por fax a: _____ Permiso para discutir verbalmente PHI

Nombre de la(s) persona(s) o Agencia en LETRA DE IMPRENTA

Telefono: _____

Dirección (Calle o Casilla postal) en LETRA DE IMPRENTA

Fax: _____

Ciudad, Estado y Código Postal en LETRA DE IMPRENTA

- No impongo limitaciones a la historia clínica o enfermedad (incluyendo VIH y/o SIDA, información genética, siquiátrica o de dependencia a drogas) o a la información sobre diagnóstico y terapia, incluyendo cualquier tratamiento por abuso de alcohol, drogas o problemas siquiátricos.
- Autorizo a la agencia/persona antes indicada a inspeccionar la información referida y/o a facilitar fotocopias u otras clases de copias.
- Entiendo que, salvo que el reglamentación estatal o federal lo limite, puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, enviando mi solicitud de retiro del consentimiento por escrito. El retiro de esta autorización no incluye cualquier información de salud revelada antes de que SHCC hubiera recibido la notificación escrita de retiro.
- Con esta autorización exoneró a Sibley Heart Center Cardiology y a sus funcionarios, directores, agentes y empleados de alguna y toda responsabilidad, daños, pérdidas y reclamos que pudieren resultar por revelar la información arriba autorizada.
- Junto con esta autorización, también renuncio a todas las disposiciones legales y privilegios relacionados con la revelación de la información que aquí se autoriza.
- Reconozco que leí (o alguien me leyó) las declaraciones que aquí aparecen, que las entiendo todas, y que autorizo expresa y voluntariamente revelar esta información médica a la persona o agencia mencionada arriba.
- Por medio de la presente autorizo a _____ para revelar mis registros a la dirección mencionada arriba.

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DEBE REVELARSE: Marque (✓) Los documento correctos:

- Documentos distribuidos en CD (si está disponible) Papel
- Notas clínicas Consultas Resumen del alta Reportes Gráficos (EKGs) [
- Cartas **Todo en la parte de arriba**

Fechas/encuentros que correspondan (especificar)

- El propósito por el que se pide revelar esta información es: Continuar la atención médica Acción/revisión legal
- Reembolso del seguro médico Otro (especificar) _____
- No declarado (por petición de la persona que firma el documento)

Se prohíbe a la(s) persona(s) que reciba(n) la información que la revelen, salvo que esté implícito en el propósito de esta autorización.

Esta autorización vence _____ (escriba la fecha o evento que corresponda o escriba “no se fija fecha de vencimiento”) o en 6 meses (12 meses para las solicitudes de escuelas), la que sea menor, no pudiéndose revelar/usar información después de la fecha de vencimiento, tal como se describió antes. Las autorizaciones cubren sólo los registros médicos en las fechas de tratamiento que se especificaron antes de/y en la fecha en que se firma de este documento, salvo que se indique lo contrario. En excepciones especificadas para revelar información en el futuro son: Escuela Otro

Firma: _____

Fecha: _____

FOR INTERNAL USE ONLY

Faxed Mailed Pick-up/Called: _____ Date: _____