



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** Escriba el nombre legal completo y la fecha de nacimiento del paciente para quien se solicita la información.

**HOSPITAL O CLÍNICA QUE ENVÍA LA INFORMACIÓN MÉDICA:** Esta sección hace referencia al hospital o a la clínica a la cual se le solicita la información médica. Si usted selecciona la opción general de Children's Healthcare of Atlanta en esta sección, se procederá a la divulgación de la información médica en su totalidad. Si usted especifica un hospital, una clínica o un médico en particular dentro del sistema de Children's, se podrá proporcionar la información médica que provenga **únicamente** de ese hospital, clínica o médico.

Al autorizar a Children's Healthcare of Atlanta a obtener en su nombre información médica de otros centros de atención médica, por favor incluya el nombre completo del centro de atención médica, el nombre de la persona o de la empresa y el número de teléfono, la dirección de correo electrónico, el número de fax y la mayor cantidad de información de contacto posible.

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

**INFORMACIÓN QUE SE DARÁ A CONOCER:** Esta sección nos instruye sobre qué información se debe dar a conocer. Si usted selecciona «juego de expedientes de rutina», daremos a conocer documentos que corresponden a la consulta de atención médica del paciente. Normalmente, esto es lo que los consultorios médicos, los hospitales u otros proveedores de atención médica necesitan para proporcionar información sobre su atención. Si selecciona «todos y cada uno de los expedientes», se proveerá el expediente completo correspondiente a una fecha de consulta en particular o a todas las fechas de consulta. Es conveniente que identifique la fecha o el rango de fechas que necesita el solicitante. Tenga en cuenta que cuánto más extensa es la solicitud, más tiempo se demorará en recabar la información.

**INSTRUCCIONES PARA LA DIVULGACIÓN:** Esto nos indica cómo desea que le entreguemos la información. Podemos imprimir y enviar los documentos por correo, enviar los documentos de forma segura por correo electrónico o por servicio de envío electrónico. Si desea ver la información antes de seleccionar los documentos, indique que eso es lo que desea hacer en el formulario de autorización y nos comunicaremos con usted para programar una cita para ver los documentos. Children's Healthcare of Atlanta tiene por norma NO enviar por fax información de pacientes, excepto en caso de requisitos de atención directa del paciente (por ejemplo, a un médico o una clínica). Observación: Si selecciona divulgación «verbal», usted autoriza a Children's Healthcare of Atlanta a comentar o divulgar información médica protegida de carácter confidencial (PHI, por sus siglas en inglés) al receptor de la información designado. Sólo el personal clínico está autorizado a dar a conocer información médica protegida en forma verbal.

Podrán enviarse ciertos expedientes médicos a su cuenta en el portal de pacientes MyChart. Tome en consideración lo siguiente: si selecciona MyChart, debe tener una cuenta MyChart activa. Si no tiene una cuenta activa, puede crear una cuenta en <https://www.choa.org/patients/medical-records>. Puede llamar al centro de atención telefónica de MyChart al 404-785-7844 o enviar un correo electrónico a [mychartsupport@choa.org](mailto:mychartsupport@choa.org) si tiene preguntas o inquietudes con respecto al portal de pacientes.

**PROPÓSITO DE LA SOLICITUD:** Debe identificar las razones por las que se necesita una copia de la información médica del paciente. Esto lo exige la ley y nos ayuda a rastrear y asignar un nivel de prioridad a su solicitud. Nos informa también quién sería responsable por el pago de los archivos (si corresponde).

**DURACIÓN DEL CONSENTIMIENTO, REVOCACIÓN Y OTRO TIPO DE INFORMACIÓN QUE DEBE CONOCER:** Por ley, este consentimiento caducará automáticamente en 12 meses A MENOS QUE escriba otra fecha de vencimiento. La autorización se revocará si usted envía las instrucciones escritas a nuestra organización.

---

Envíe su solicitud de información médica a:

Children's Healthcare of Atlanta  
Health Information Services Department  
Release of Information  
1575 NE Expressway  
Atlanta, GA 30329  
Teléfono: 404-785-2431  
Fax: 404-785-9060  
Correo electrónico: [HISROITeam@choa.org](mailto:HISROITeam@choa.org)

Para solicitar un listado de centros de atención de Children's Healthcare of Atlanta y las direcciones correspondientes, visite [www.choa.org](http://www.choa.org).



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

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>	Nombre: (Nombre, 2º nombre, apellido) _____ Fecha de nacimiento: _____	
<b>HOSPITAL O CLÍNICA QUE ENVÍA LA INFORMACIÓN MÉDICA</b> <small>(Nombre de la persona o institución que dará a conocer su información)</small>	___ Children's Healthcare of Atlanta (lugar específico): _____ - O - ___ Otra institución (no CHOA): Nombre de la persona o institución: _____ Dirección: _____ Teléfono disponible durante el día: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____	
<b>PERSONA U ORGANIZACIÓN QUE RECIBE LA INFORMACIÓN</b> <small>(Nombre de la persona o institución que recibirá su información)</small>	___ Children's Healthcare of Atlanta - U - ___ 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 el tipo de información que deben darse a conocer:</b> <input type="checkbox"/> Todos y cada uno de los expedientes <input type="checkbox"/> Juego de expedientes de rutina <input type="checkbox"/> Expedientes de Sala de Urgencias <input type="checkbox"/> Expedientes clínicos <input type="checkbox"/> Expedientes hospitalarios <input type="checkbox"/> Expedientes quirúrgicos <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Inmunizaciones <input type="checkbox"/> Radiología/Imágenes electroencefalograma <input type="checkbox"/> Expedientes de facturación <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Radiología/Informes electroencefalograma	
<b>INSTRUCCIONES PARA LA DIVULGACIÓN</b>	<b>Elija el método/formato en que se divulga:</b> <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Verbal (Nombre del receptor: _____) <input type="checkbox"/> CD (solo radiografías) <input type="checkbox"/> Revisión en el lugar (solo con cita) <input type="checkbox"/> Entrega electrónica (escriba su dirección de correo electrónico) <input type="checkbox"/> MyChart (portal de pacientes) <b>Método de entrega:</b> <input type="checkbox"/> Correo (a la dirección que se detalla arriba) <input type="checkbox"/> Fax (Solo para atención de pacientes)    Número de fax: _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____	
<b>PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Reembolso del seguro <input type="checkbox"/> Acción legal/estudio <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Determinación de incapacidad del seguro social <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Reconozco 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>vence en 12 meses</b> a partir de la fecha de la firma, a menos que se escriba aquí una fecha alternativa: _____.</li> <li>• No impongo limitaciones a los antecedentes o enfermedades (como información sobre VIH y/o sida, información genética, sobre consumo de drogas o información psiquiátrica) ni a la información de diagnóstico o tratamiento que incluya cualquier tratamiento por consumo de drogas o alcohol o trastornos psiquiátricos.</li> <li>• Puedo rehusar firmar esta autorización y que eso es estrictamente voluntario. Mi tratamiento, los pagos, la 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 reciba mi aviso por escrito.</li> <li>• Entiendo que la información divulgada podrá darse a conocer nuevamente y ya no estará bajo la protección de las regulaciones federales de privacidad.</li> <li>• Entiendo que si autorizé se dé a conocer la información de manera verbal, la información confidencial que se divulgue podrá incluir información sobre el tratamiento del paciente en Children's que se haya obtenido a partir de las entrevistas con la familia, los médicos y el personal del hospital, o a través de la historia clínica del paciente, lo que podrá incluir imágenes de cualquier tipo. No impongo ninguna limitación a la información médica protegida que se divulgue conforme a esta autorización. Por la presente, renuncio al derecho o a los intereses en la confidencialidad de la información de este paciente.</li> <li>• Entiendo que tengo el derecho de ver y obtener una copia de la información que se describe en este formulario, a un costo razonable para ese fin, si así lo solicito.</li> <li>• Entiendo que puedo obtener 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, tal vez no se procese su 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 en el formulario. Debe indicar cuál es su autoridad legal e incluir los documentos que demuestran la relación o parentesco:          ___ Tutor legal o custodio    ___ Representante para asuntos médicos (poder notarial para la 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. Indique su relación o parentesco:          ___ Padre/madre    ___ Tutor legal (adjunte documentación de tutela)</li> </ul>		
Al firmar a continuación, 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 a sus funcionarios, autoridades, directores, empleados, fideicomisarios, miembros del personal médico y representantes) de toda y cualquier reclamación, obligación, acción judicial o costo relacionado 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) _____