



CHILDREN'S MEDICAL CENTER

Medical record number: _____

Patient: _____

Date of birth: _____

ROIF
CMCOnline Rev. 10/2012

Request for Release of Protected Health Information
(Solicitud de divulgación de información protegida de la salud)

Certifico que soy el paciente o el representante legalmente autorizado (p. ej. madre, padre) del paciente y por la presente solicito que la siguiente información protegida de la salud se divulgue para fines de tratamiento:

INFORMACIÓN DE LA SALUD SOLICITADA O AUTORIZADA

- Resumen del alta, Anamnesis y exploración física, Notas de la evolución, Consultas de paciente externo, Informe operatorio, Análisis de laboratorio, radiografías, patología, electrocardiogramas, encefalogramas, tomografías, Órdenes del médico, Notas de enfermería, Fotografías, video, imágenes digitales u otras imágenes, Psiquiátrica o psicológica, Expediente clínico completo, Otra (especifique)

Identifique las fechas de la información de la salud que se solicita: _____

EXPEDIENTES CON PROTECCIÓN ESPECIAL

Entiendo que si mi expediente médico contiene información referente al abuso de drogas o alcohol, atención psiquiátrica o de salud mental, VIH o sida, retraso mental o pruebas genéticas, estoy de acuerdo con que se divulguen.

Estoy de acuerdo No estoy de acuerdo, especifique _____

La información de la salud solicitada puede divulgarse de la institución indicada abajo a Children's Medical Center:

Table with 2 columns: Divulgar los expedientes de: (Nombre, Dirección, Número telefónico, Número de fax) and Enviar los expedientes a esta dirección: (Dallas Campus, Legacy Campus)

Entiendo que las leyes y reglamentos federales no exigen una autorización de divulgación de información protegida de la salud para fines de tratamiento. Este formulario se efectúa para proporcionar una comunicación formal por escrito al solicitar información protegida de la salud de un proveedor de atención de la salud a otro.

A menos que se revoque, esta autorización vencerá a los 180 días de la fecha de mi firma, o como se especifique de otra manera por un evento relacionado con el paciente o el propósito la divulgación, como aquí se indica: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Hora: _____

Paciente o representante legalmente autorizado

Parentesco con el paciente

Nombre en letra de molde del representante legalmente autorizado

IDENTITY VERIFICATION

Identity of requestor verified via: Photo ID Matching signature Other (specify) _____