



Children's  
of Alabama  
1600 7<sup>th</sup> Avenue South  
Birmingham, AL 35233

**PLEASE RETURN TO:**  
Children's of Alabama  
Health Information Management  
1600 7<sup>th</sup> Avenue South  
Birmingham, Alabama 35233  
Fax (205) 638-5367  
Phone (205) 638-9728

**Autorización para la revelación de información**

\*\* Por favor incluya copia de su identificación con foto\*\*

Nombre del paciente (Apellido, nombre): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Esta autorización se aplica a la siguiente información:**

- Abstracto [Departamento de Emergencia, Resumen de alta, Historial y Físico, Reportes operatorios/reportes de procedimientos, resultados de patología, reportes de consultas, reportes de radiología, reportes de ECG/Cardiología].**

Entiendo que dicha información puede contener información siquiátrica/ psicológica, información sobre abuso de alcohol o droga, de SIDA/VIH y/ u otra información médica delicada y expresamente doy mi consentimiento para la revelación de la información.

- Solamente** una parte del expediente o cierto tipo de información: \_\_\_\_\_

**Fechas de tratamiento:** del (mes/día/año) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al (mes/día/año) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Esta información será revelada de la siguiente manera:**

(Por favor marque de dónde se revela la información y a quien se revela)

**De  para** Children's of Alabama (Por favor escriba la dirección y número de teléfono): \_\_\_\_\_

**De  para** Individuo/Agencia/Organización Externos (Por favor escriba la dirección y número de teléfono): \_\_\_\_\_

**El propósito de la revelación:**

Continuidad de tratamiento    otra razón (Por favor especifique): \_\_\_\_\_

Entiendo que la información revelada será limitada a la información necesaria para cumplir con la necesidad o propósito de dicha revelación. Si he autorizado la revelación de información a algún recipiente que no está sujeto al *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA")*, el recipiente puede volver a revelar la información y puede que ya no esté protegida bajo HIPAA, la ley federal de privacidad. Esta autorización es válida por 90 días de la fecha de la firma, a menos que se haya escrito de otra manera. Esta autorización se aplica solamente al tratamiento que ha ocurrido antes de la fecha de la firma. Puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento al llenar un formulario disponible de *Medical Information Services*. Si revoco esta autorización, la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido revelada a causa de esta autorización. Entiendo que ni el cuidado médico del paciente ni el pago por el cuidado médico será afectado si no firmo este formulario. Entiendo que, al pedirlo, puedo ver y copiar la información descrita en este formulario y que puedo recibir una copia del formulario después de firmarlo. Antes de pedir copias del expediente médico, por favor pregunte sobre el cobro que se puede aplicar por ley a las copias. Represento que tengo la autoridad y de mi propia voluntad, doy mi permiso para revelar la información de la manera descrita anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/padre o guardián legal

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián legal                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente si tiene más de 14 años    Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo para el paciente/ padre    Fecha  
o guardián legal



## Guía Para la Entrega de Información Médica

### Lo Que Usted Debe Saber Sobre Solicitud de Copias de Expedientes Médicos

#### **ESTE FORMULARIO DEBE SER REGRESADO CON LA AUTORIZACION**

1. La autorización debe ser:
  - a. Completada totalmente.
  - b. Escrita en tinta negra o azul.
  - c. Dirigida al Hospital de Niños de Alabama.
  - d. Firmado por el paciente si:
    - i. La edad del paciente hoy es de 19 años o mayor **- 0 -**
    - ii. Si el paciente es un Niño Emancipado (casado, divorciado o con un hijo).
      1. Mujeres menores de 19 años embarazadas o con hijos pueden autorizar la entrega de información médica de sus hijos.
  - e. Debe estar firmada por uno de los padres del paciente o el representante legal del paciente si el paciente es menor de 19 años. Una copia de la licencia de manejar de uno de los padres es requerida **\*\* Si el nombre del padre no esta en los archivos médicos, una copia del certificado de nacimiento debe ser presentada para demostrar la relación de padre. \*\***
  - f. Lo siguiente aplica legalmente a **pacientes de MEDICAID de Alabama** para todos los casos de siniestros y litigios: Health Information Management Systems (HMS) está bajo contrato con la Agencia de Medicaid de Alabama para procesar la "Solicitud de expedientes médicos" y realizar las funciones de evaluación y seguimiento de todos los casos de víctimas y litigios. Los formularios de solicitud de expedientes médicos deben enviarse por fax a HMS al 866-274-5974. Para comunicarse con HMS por teléfono con respecto a una solicitud de expediente médico o para obtener información relacionada con un caso de siniestro o litigio, puede comunicarse con HMS al 877-252-8949, <https://www.medicaid.alabama.gov/>
2. Según Permitido por las Regulaciones Federales y Estatales, los costos de reproducción de archivos médicos pueden requerirse, una Factura CIOX (Divulgacion de Informacion del Proveedor por Childrens) una factura será enviada con el archivo médico. De acuerdo con el código de Alabama 12-21-6.1 (reproducción y entrega de expedientes médicos)
 

Tarifa fija de \$6.50 si todo fue transferido de ChartMaxx (copia electrónica) a un Disco Compacto (CD) \$0.12 por página.

**Los costos de expedientes médicos son más altos por la reproducción en microfilm.**  
Se puede permitir costos razonables para la producción de un CD

**\*A los pacientes no se les cobra una tarifa de búsqueda/recuperación.**

**No habrá cargos para solicitudes de cuidados continuos hechos por (hospitales, oficina de doctores, clínicas, etc.)**

Los pagos de tarifas estandares por los contratos de Peer Review Organization y Disability Determination Servicesas señalan las excepciones a estas tarifas.

3. Al Recibir la autorización completa y válida, las copias de los expedientes médicos los deben recibir entre 7-10 días.
  - i. Preguntas o seguimiento con respecto a su solicitud pueden dirigirse al Hospital de Niños de Alabama, con el personal de información medica al 205-638-9728.

Firmando este formulario reconozco que he leído lo antes descrito y no tengo más preguntas sobre la información dada.

Nombre Imprenta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

¿Como lo podemos contactar?

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_