

**\*Por favor incluya una copia de su identificación\***



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

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

## Autorización para la revelación de información

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Esta autorización se aplica a la siguiente información:

Toda la información. Entiendo que dicha información puede contener información psiquiátrica/ 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) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

La información se puede revelar de la siguiente manera:

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

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

De  **O** 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  
o guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Guía para la Entrega de Información Médica

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

## ESTE FORMULARIO DEBE SER REGRESADO CON LA AUTORIZACION

1. Esta autorización debe ser:
  - a. Llenada completamente
  - b. Completada con tinta negra o azul
  - c. Dirigida al Hospital Children's de Alabama
  - d. Firmada por el paciente si:
    - i. La edad del paciente el día de hoy es 19 años o mayor **- O -**
    - ii. El paciente es un Menor Emancipado (casado, divorciado o con un hijo)
      1. Mujeres menores de 19 años que estén embarazadas o hayan tenido un hijo, pueden autorizar la entrega de información médica de su hijo.
  - e. Firmada por uno de los padres del paciente o el guardián legal del paciente si el paciente es menor de 19 años. Una copia de la licencia de manejar de uno de los padres es necesaria. **\*\*Si el nombre del padre que solicita no está en el expediente médico, una copia del certificado de nacimiento deberá ser presentada para establecer una relación de padre.\*\***
  - f. En el caso de **pacientes de MEDICAID de Alabama**, permiso por escrito de la Agencia de Medicaid de Alabama para entregar información del expediente médico por razones diferentes de cuidados continuo, se debe anexar la autorización.
    - i. Es la responsabilidad del paciente/padres/guardián legal/representante legal de contactar a:
    - ii. Health Management Services  
Attn AL Case Management Unit  
5615 High Point Drive Suite 100  
Irving, TX 75038  
Telefono Gratuito 1-877-252-8949
  - g. Una copia de la carta recibida de Medicaid de Alabama deberá ser anexada a la autorización.
  - h. Enviada por correo a:  
Healthport  
c/o Children's Hospital of Alabama  
Medical Information Services  
1600 7<sup>th</sup> Avenue South  
Birmingham, AL 35233
2. Según es permitido por las regulaciones Federales y Estatales, los costos de reproducción de expedientes médicos pueden ser requeridos según sea aplicable; una factura será enviada junto con el expediente médico.
  - a. En base a las Regulaciones de Alabama, los costos de reproducción actuales son los siguientes:
    - i. \$5.00 cobro por búsqueda y obtención de la información
    - ii. \$1.00 por página de 1 a 25 paginas
    - iii. \$0.50 por pagina desde la pagina 26 ó más
    - iv. Costo Postal

**\*A los pacientes no se les hace el cargo por búsqueda y solicitud para obtener la información.**
  - b. No Habrá cargos para solicitudes de cuidados continuos hechos por otros proveedores de salud (hospitales, oficinas de doctores, clínicas, etc.)
  - c. **Los costos de las copias son más altos cuando la reproducción es de archivos en microfilm.**
3. Al recibir la autorización completa y valida, las copias de los expedientes médicos pueden ser esperados dentro de 7-10 días.
  - i. Preguntas o llamadas de seguimiento acerca de su solicitud pueden ser dirigidas al Personal de Información Medica del Hospital Children's de Alabama, al 205-939-9728.

Al firmar este formulario reconozco que he leído lo antes mencionado y no tengo más preguntas acerca de la información dada.

Nombre Impreso \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

¿Cómo podemos contactarle?

Telefono: Casa \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_