

DT0063



Children's
of Alabama
1600 7th Avenue South
Birmingham, AL 35233

PLEASE RETURN TO:
Children's of Alabama
Medical Information Services
1600 7th Avenue South
Birmingham, Alabama 35233
Fax (205) 939-5367
Phone (205) 638-9728

Autorización para la revelación de información

Nombre del paciente (Apellido, nombre): «LastName», «FirstName» «MiddleName»

Dirección: «PatientAddress1» «PatientCity» «PatientState» «PatientZip»

Número de teléfono: «PatientPhone»

Fecha de nacimiento: «BirthDate»

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