

# Autorización para la divulgación de información médica



**Health Information Management**  
L a V 8:30 a. m. a 5:00 p. m.  
111 Michigan Avenue, NW  
Washington, DC 20010  
Teléfono (202) 476-5267  
Fax (202) 476-2270  
[medicalrecords@childrensnational.org](mailto:medicalrecords@childrensnational.org)

**Seleccione el/los lugares para la solicitud:**

- Children's National Hospital  
 Children's National Pediatrics & Associates  
 Rehabilitación y atención especializada  
 Odontología\*\*\*  Radiología\*\*\*

**Historia clínica n.º (Solo para uso de la oficina)**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

(1) Yo, quien suscribe, autorizo por el presente a Children's National Medical Center a usar y/o a divulgar la información médica de la persona nombrada anteriormente a:

Nombre de la persona y/o agencia \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

(2) Proporcionar los registros mediante:

Correo electrónico seguro \_\_\_\_\_  Fax (solo para la atención inmediata del paciente) \_\_\_\_\_  
 Correo postal  CD

(3) Fecha del servicio (aclarar rango de fechas): \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ y para los siguientes propósitos:

Continuidad de tratamiento médico  Personal  Escuela  Otro: \_\_\_\_\_

(4) Revelar la siguiente información (marque toda la información que puede ser revelada):

<input type="checkbox"/> Extracto/Resumen	<input type="checkbox"/> Registro de internación	<input type="checkbox"/> Informe de consulta externa	<input type="checkbox"/> Todos los registros
<input type="checkbox"/> Registro de vacunas	<input type="checkbox"/> Informe de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informe de salud conductual	
<input type="checkbox"/> Registro de control del niño sano	<input type="checkbox"/> Informe de radiología	<input type="checkbox"/> Centro de Protección Infantil y Adolescentes	
<input type="checkbox"/> Formulario de aptitud física/escolar	<input type="checkbox"/> Registro de atención de emergencia	<input type="checkbox"/> Registro de terapia domiciliaria	
<input type="checkbox"/> Otro _____			

\*\*\*Para películas/ímagenes de radiología, llame al (202) 476-3426

\*\*\*Para registros dentales, llame al (202) 476-2160

- (5) Entiendo que la información médica de la persona nombrada anteriormente puede incluir información relativa a enfermedades de transmisión sexual, datos genéticos y de actividad sexual, incluyendo métodos anticonceptivos, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH) cuando corresponda. También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamientos para el consumo de alcohol y de drogas de conformidad con la Parte 2 del CFR 42.
- (6) Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita ante el Departamento de Administración de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a procesar un reclamo conforme a mi póliza. **Esta autorización vencerá dentro de seis meses**, a menos que se revoque por otra causa a partir de la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_.
- (7) Entiendo que la autorización de divulgar esta información médica es voluntaria. Entiendo que hay tarifas asociadas a nuevas divulgaciones, excluyendo aquellas destinadas directamente a la atención del paciente (es decir, comunicación entre profesionales de la salud). Entiendo que puedo revisar la información que se usará o divulgará conforme a lo dispuesto en la norma 164.524 del CFR 45. Entiendo que toda divulgación de la información trae aparejada la posibilidad de nuevas divulgaciones no autorizadas, y que esta información podría no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
- (8) **\*\*TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO:** Esta autorización no se aplica a ninguna información de salud mental posterior a la fecha de firma de la autorización que figura a continuación. La divulgación no autorizada de la información de salud mental infringe las disposiciones de la Ley de Información sobre Salud Mental del Distrito de Columbia de 1978. La divulgación se puede realizar en virtud de una autorización válida del cliente o según lo dispuesto en el Título III o IV de dicha ley. La Ley prevé la imposición de daños civiles y sanciones penales en caso de incumplimiento.
- (9) Por el presente declaro que soy el/la paciente, madre/padre/tutor legal, y que soy responsable de la divulgación de la información relacionada con el paciente mencionado anteriormente. (Se debe proporcionar la información pertinente junto con la autorización para poder tramitar la divulgación). **NOTA: Si un paciente es mayor de edad (18), será necesario que el paciente firme personalmente la autorización.**

Nombre en letra de imprenta del padre/madre o tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor legal \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_



MEDREC7