NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL℠

AUTORIZACIÓN PARA TENER ACCESO O LIBERAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD

Indique el propósito: ____ Revisión de/acceso a expedientes médicos ____ Petición para liberar copias a terceros

Por medio de la presente autorizo a **Nationwide Children's Hospital** para divulgar la siguiente información personal acerca de mi salud, cómo se indica abajo.

_____ _____ _____

Nombre del paciente *Patient Name* Fecha de nacimiento *DOB* Nationwide Children's MR#

_____

Domicilio Ciudad Estado Código de área Teléfono

1. **Descripción de los expedientes que se liberarán/divulgarán**:
   - ❑ Expediente(s) de ingreso incluyendo información psiquiátrica, drogas, alcohol, y/o VIH/SIDA *HIV/AID*.
     Especifique las fechas _____
   - ❑ Resumen(s) de alta incluyendo información psiquiátrica, drogas, alcoholismo, y/o VIH/SIDA *HIV/AID*.
     Especifique las fechas _____
   - ❑ Expediente(s) del departamento de emergencia incluyendo información psiquiátrica, drogas, alcohol, y/o VIH/SIDA *HIV/AID*.
     Especifique las fechas _____
   - ❑ Expedientes de las clínicas (especifique por favor la localidad y fechas) incluyendo información psiquiátrica, drogas, alcoholismo, y/o VIH/SIDA *HIV/AID*. _____
     _____
   - ❑ Otro expediente(s) como paciente ambularotio incluyendo información psiquiátrica, asesoramiento & consejería, drogas, alcoholismo, y/o VIH/SIDA *HIV/AID*. Especifíque las fechas _____
   - ❑ Otra información (Por favor sea específico) incluyendo información psiquiátrica, drogas, alcoholismo, y/o VIH/SIDA *HIV/AID*.
     _____

2. **Nombre(s) de Individuos o Entidades a los cuáles el Expediente(s) debe divulgarse:**
   NATIONWIDE CHILDREN'S puede divulgar mi información personal de la salud, cómo específico arriba a la(s) siguiente(s) persona(s) o grupo de personas (proporcione nombre completo y domicilio)

   _____

   (Nombre) (Teléfono) (Fax)

   _____

   (Domicilio) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

3. **El propósito del uso autorizado de la información descrita arriba es el siguiente:**
   - ❑ Para Transferir el Expediente a un Proveedor de Tratamiento Nuevo.
   - ❑ Para Revisión o Disputa
   - ❑ Para Revisión del Abogado
   - ❑ Para Examén Escolar
   - ❑ Para Uso Personal
   - ❑ Otro (sea especifique) _____

Otra información:

1. Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información mencionada no es un proveedor de un plan de salud cubierto por regulaciones federales de privacidad, la información descrita arriba puede ser divulgada por tal persona o entidad y probablemente no será protegida por las regulaciones federales de privacidad.
2. Cómo se ha descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Nationwide Children's, Yo comprendo que puedo revocar ésta autorización por escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto en que la acción haya sido tomada por Nationwide Children' con resepcto a esta autorización, enviando una revocación por escrito a Nationwide Children's Hospital Health Information Management Department 700 Children's Drive, Columbus, OH 43205.
3. Esta autorización se vence en un año a partir de la fecha en que se firmó, a menos que se indique lo contrario.
   ❑ Al final del estudio de investigación (aplicable solamente si la autorización es para estudios de investigación o la creación y mantenimiento de una base de datos o un depósito de investigación)
   ❑ Otro (inserte la fecha aplicable o evento específico)

4. Entiendo que no se requiere que firme está autrorización y que Nationwide Children's Hosptial no pondra condiciones en la disposición del tratamiento o del pago a mi al firmar esta autorización a menos que Nationwide Children's pueda condicionar la disposición de la información personal de salud para tal. Al firmar esta autorización, Nationwide Children's puede también condicionar la disposición de mi atención de salud solamente con el fin de crear información proteguida de salud y para conceder acceso a terceras personas

5. Entiendo que a Nationwide Children's se le permite legalmente negar todas mis demandas de acceso por una o más de las siguientes razones

- Mi petición del acceso no es firmada por mí (el paciente) o mi representante;
- Mi petición de acceso ha sido firmada por mi representante, pero no ha proporcionado información en la fuente de su autoridad para actuar en mi favor;
- Nationwide Children's no mantiene la información que he solicitado para copiar o inspeccionar;
- La información que he solicitado no forma parte se nuestros expedientes;
- Mi petición es para notas de psicoterapia;
- Mi petición incluye información copilada para litigio;
- Mi petición incluye información llevada a cabo por nuestro laboratorio a la cuál legalmente no es accesible;
- Mi petición incluye información creada u obtenida en el curso de una investigación que está en progreso y que incluye mi tratamiento y convine esta negación del acceso al consentir participar en la investigación;
- Un profesional de salud licenciado ha determinado que el acceso solicitado probablemente ponga en peligro mi vida o la de otra persona así como causar daños substanciales a mi u otras personas.
- Mi petición es copiar información y soy un interno en una institución correccional (Conservo el derecho a inspeccionar la información); o
- Mi petición se relaciona a cierta información que fue obtenida de una fuente confidencial y Nationwide Children's no está obligado legalmente a proveer el acceso.

6. Entiendo que Nationwide Children's conserva los servicios de correspondencia/copiado y requiere el pago de cuotas por adelantado por las copias solicitadas (Nota: Las copias de radiología/rayos x son procesadas por el Departamento de Radiología) y tienen una lista de precios por separado. Contacte al Departamento de Radiología directamente para mayor información). La lista de precios es definida por la ley de Ohio y está a su disposición cuando lo solicite:

_____
Nombre del representante personal, si es aplicable

_____
Relación del representante personal al paciente o declaración de autoridad personal

_____ _____
Firma del paciente (o representante del paciente) Fecha
(If verbal authorization, note this above and document who authorized *Si es una autorización verbal, anote quién autorizó)*

_____ _____
Nombre del representante de Nationwide Children's Hospital Fecha
Name of Nationwide Children's Hospital Representative

Solamente para Uso de Oficina For Office Use Only

Verification of Identity
Check all means of verification as applicable

In Person	In Writing	Over Phone
❑ Driver's License or other government issued picture ID. ❑ If no picture ID, 3 forms of identification with name on them. ❑ _____ ❑ _____ ❑ _____	❑ Verified patient/parent information in SMS. ❑ Verified signature against documents already on file.	❑ Billing Address ❑ Patient's Date of Birth ❑ Mother's SSN ❑ Child's middle name ❑ Social Security Number ❑ MR# or account # if known ❑ Insurance ID number ❑ Auditory recognition/voice recognition