



MR# _____

AUTORIZACIÓN PARA TENER ACCESO O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

- HIM to process this request
- Completed - Radiology info Provided today
- Completed - Clinic records provided
(Check box if copies already provided)

Por favor note que cada sección de este formulario debe ser completada en su totalidad. Falta de especificación (incluso fechas) retrasará el proceso de su petición

Info. del paciente	Apellido	Nombre	Segundo nombre
	Fecha de nacimiento	Otros posibles nombres	
	Teléfono	Domicilio	
	Ciudad	Estado	Código postal

Divulgar a	Por este medio autorizo a Nationwide Children's para utilizar o divulgar mi información médica protegida como se indica abajo:			
	Nombre			
	Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
	Phone#		Fax#	

La información puede ser: Por correo Fax Solo revisión Recogida por: _____

Información que se divulgará	Por favor díganos cuál es la información que necesita:	
	Desde (fecha)	Hasta (fecha)
	<input type="checkbox"/> Paquete pertinente (más recientes H&P, Notas D/S, Notas OP, Consulta, reporte de rayos-X, Resultados de estudios)	
	<input type="checkbox"/> Expediente de paciente interno <input type="checkbox"/> Sumario de alta <input type="checkbox"/> Expediente del Depto. de Emergencia <input type="checkbox"/> Reporte de cirugía	
	<input type="checkbox"/> Expediente de visita ambulatoria (por favor especifique la ubicación) _____	
	<input type="checkbox"/> Reportes de Rayos-X, Laboratorio, u otros estudios <input type="checkbox"/> Antecedentes y Físicos <input type="checkbox"/> Inmunizaciones	
	<input type="checkbox"/> Reportes de consultas <input type="checkbox"/> Listas de fechas de consultas <input type="checkbox"/> Otra información	

Info. Específicamente protegida	Comprendo que esta información médica protegida puede incluir información relacionada con VIH y/o información relacionada a diagnostico o tratamiento de enfermedad mental y/o abuso de sustancias y que al firmar este documento, estoy específicamente autorizando la divulgación de información relacionada a:	
	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (incluyendo abuso de alcohol/drogas)	
	<input type="checkbox"/> Salud mental <input checked="" type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> Información relacionada a VIH (incluyendo estudios de SIDA) (Firma del paciente requerida si tiene la edad de 12 años o mayor)	

Propósito de la divulgación	Por favor marque aquí abajo el propósito de la divulgación:			
	<input type="checkbox"/> Cambio de proveedor	<input type="checkbox"/> Segunda opinion	<input type="checkbox"/> Continuación de cuidados	<input type="checkbox"/> Legal
	<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Seguro médico	<input type="checkbox"/> Compensación de trabajador	
	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Pago	<input type="checkbox"/> Otro _____	

1. Sí estoy recibiendo tratamiento relacionado a salud mental o abuso de sustancias; específicamente permito a Nationwide Children's para utilizar mi información médica protegida que mantiene el Estado de Ohio, el Departamento de Salud Mental de Ohio, el Departamento de Abuso de Alcohol y Servicios de Drogadicción del Estado de Ohio, así como el Consejo de Franklin County ADAMH con el fin de obtener pago por servicios. Nationwide Children's puede también divulgar mi información médica protegida a las entidades mencionadas con el fin de obtener pago por servicios.
2. Entiendo que esta autorización caducará en un año a partir de la fecha de mi firma aquí abajo.
3. Entiendo que puedo acortar, extender o revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito dirigida al Oficial de Privacidad a la dirección que se indica aquí abajo. Esta autorización se puede acortar, extender o dejará de ser efectiva al recibirse, de acuerdo a la fecha de las instrucciones escritas, excepto hasta el punto en que la acción haya sido tomada basándose en dicha autorización.
 Privacy Officer
 Nationwide Children's Hospital
 700 Children's Drive, Columbus, OH 43205
4. Entiendo que la información utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Sin embargo, las leyes estatales o federales pueden prohibir al destinatario la revelación de información especialmente protegida, tal como información sobre tratamiento de abuso de sustancias, información relacionada con VIH/SIDA, e información sobre la salud psiquiátrica/mental.
5. Entiendo que mi rechazo para firmar esta Autorización no pondrá en riesgo mi derecho a atención de salud y pago por mi atención de salud, salvo cuando se requiera la divulgación de mi información médica protegida para la prestación de servicios de salud o para obtener pago por la asistencia de salud.
6. Entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario después de que la firme.

A photocopy of this form will be considered as valid as the original

Al firmar este documento, afirmo que soy el representante del paciente y que tengo autoridad para autorizar a quien yo desee que pueda tener acceso a la información médica del paciente y revisar y/o solicitar cambios a la información de salud de este paciente.

Firma: _____ Nombre impreso: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha/Hora: _____

Envíe por correo este formulario a: Health Information Management
 700 Children's Drive
 Columbus, Ohio 43205

O bien via fax

Envíe por Fax el formulario completo a: Health Information Management at (614) 355-0709

For Office Use Only HIM to process this request COMPLETED by clinic/unit staff

Verification of Identity

Check all means of verification as applicable

In Person	In Writing	Over Phone
<input type="checkbox"/> Driver's License or other government issued picture ID <input type="checkbox"/> If no picture ID, 3 forms of identification with name on them <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Verified patient/parent information in System. <input type="checkbox"/> Verified signature against documents already on file	<input type="checkbox"/> Billing address <input type="checkbox"/> Patient's Date of Birth <input type="checkbox"/> Mother's SSN <input type="checkbox"/> Child's middle name <input type="checkbox"/> Social Security Number <input type="checkbox"/> MR# or Account # if known <input type="checkbox"/> Insurance ID number <input type="checkbox"/> Auditory recognition/voice recognition <input type="checkbox"/> Outpatient Care Code