

# Autorización para divulgación de información de Dayton Children's

<b>Información del paciente</b>	Apellido		Nombre		Segundo nombre		
	Dirección			Ciudad		Estado	Código postal
	Fecha de nacimiento		Otros nombres posibles		N.º de teléfono		

**Seleccione la(s) casilla(s) que indican qué registros se divulgarán.**

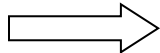
<input type="checkbox"/> Registros de paciente hospitalizado	<input type="checkbox"/> Abstract/resumen	<input type="checkbox"/> Resultados de análisis	
Fecha(s):	Fecha(s):		
<input type="checkbox"/> Registros de paciente hospitalizado	<input type="checkbox"/> Información legal completa (incluye registro de datos de enfermería)	<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> CD de la imagen
Fecha(s):	Fecha(s):		
<input type="checkbox"/> Registros del departamento de emergencias	<input type="checkbox"/> Registros clínicos ambulatorios		
Fecha(s):	Fecha(s):	Área:	
<input type="checkbox"/> Registros de operaciones	<input type="checkbox"/> Psicológico/Psiquiátrico		
Fecha(s):	Fecha(s):		
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Lista de fechas de visitas		
Fecha(s):			
<input type="checkbox"/> Niño sano/vacunas	<input type="checkbox"/> Otros		
Fecha(s):	Anotaciones:		

<b>Seleccione un formato para el envío</b>	<input type="checkbox"/> Papel - Correo (Complete la dirección en la siguiente casilla)	<input type="checkbox"/> CD - Correo (Complete la dirección en la siguiente casilla)	<input type="checkbox"/> Memoria flash - Correo (Complete la dirección en la siguiente casilla)
	<input type="checkbox"/> Fax (Indique el número en la siguiente casilla)	<input type="checkbox"/> MyKidsChart	<input type="checkbox"/> Correo electrónico *** (Consulte la declaración a continuación)

**\*\*\*Si selecciona la opción de correo electrónico, reconoce y acepta el riesgo inherente asociado con la transmisión de un correo electrónico no seguro que puede poner en riesgo su información, lo cual implica que alguien puede leerla o acceder a ella. Usted está de acuerdo con que Dayton Children's Hospital no será responsable por las divulgaciones que podrían ocurrir durante la transmisión.**

<b>La siguiente persona u organización está autorizada a recibirla información:</b>				
Nombre				
Dirección			Dirección de correo electrónico	
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	Fax

**Marque la casilla que indica el motivo para la solicitud. Para tratamiento médico, indique la fecha de la cita.**



<input type="checkbox"/>	Tratamiento médico, <b>Fecha de la consulta:</b> _____		
<input type="checkbox"/>	Discapacidad	<input type="checkbox"/>	Información legal
<input type="checkbox"/>	Seguro	<input type="checkbox"/>	Escuela
<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	

Mediante la presente, autorizo a que Dayton Children's Hospital divulgue información médica, según se indica aquí, a la parte antes mencionada. La autorización incluye la divulgación de información sobre pruebas de VIH o tratamiento por SIDA o afecciones relacionadas con el SIDA, cualquier tipo de abuso de alcohol o drogas, alcoholismo o afecciones psicológicas/psiquiátricas del paciente antes mencionado.

Comprendo que esta autorización permanecerá vigente durante 1 año a partir de la fecha de mi firma a continuación, a menos que se especifique una fecha de caducidad anterior en este espacio (\_\_\_\_\_). También comprendo que, excepto por las acciones que se hayan tomado sobre la base de mi autorización, puedo retirar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a las partes involucradas. Además acepto que Dayton Children's puede cobrarme a mí o a otro destinatario designado el costo de la preparación de la copia de los registros médicos solicitados. Dayton Children's no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para beneficios a la ejecución de esta autorización.

## Autorización para divulgación de información de Dayton Children's

Comprendo que si la persona o entidad que recibe la información anterior no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por los reglamentos de privacidad federales, esa persona o entidad puede volver a divulgar la información descrita anteriormente y es probable que ya no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales.

Firma del paciente o tutor	Fecha	
Relación con el paciente	N.º de registro médico	
Firma del testigo	Verificación del solicitante <input type="checkbox"/> Por firma (documento en el archivo) <input type="checkbox"/> Por identificación con fotografía <input type="checkbox"/> Información en el sistema	La clínica o el servicio de radiología entregó una copia del registro al solicitante S / N