



Lista de verificación para la Autorización de divulgación de la información sanitaria

Por favor asegúrese de que el documento de autorización este completo para evitar cualquier demora en tramitar su solicitud.

Nombre del paciente – de quien usted está solicitando la historia clínica.

Fecha de nacimiento – del paciente de quien usted está solicitando la historia clínica.

Número telefónico – donde podamos comunicarnos con usted para preguntas o para notificarle que la historia clínica está lista.

Nombre y dirección del destinatario – Si es usted quien solicita la historia clínica, por favor escriba su nombre y dirección. Por ejemplo: Maria Rodríguez, 9300 Valley Children's Place. Madera, CA 93636. Pero si está solicitando que la historia clínica la enviemos a otro médico, por favor escriba la dirección del médico en esta línea.

Propósito – Por qué está usted solicitando la historia clínica.

Tipo de datos sanitarios que usted está solicitando – Por favor señale con una X todos y cada uno de los documentos y la fecha de servicio.

Mis derechos – La explicación de sus derechos para recibir la copia de la historia clínica.

Fecha – La fecha de cuando firma la autorización.

Hora – Hora de cuando está firmando el documento.

Firma – Es muy importante que usted firme en esta línea como el paciente o el representante legal.

Parentesco – Por favor escriba su parentesco con el paciente.

*El trámite se demora de 7 a 10 días hábiles a partir de la fecha cuando se recibe la autorización. Le avisaremos cuando los documentos estén listos para enviarlos por correo o para que usted los recoja.

Si tiene preguntas, llame al 559-353-5404 de lunes a viernes de las

8:00 de la mañana a 5:00 de la tarde.

Informes de alta		
Consultas		
Informes sobre intervenciones quirúrgicas		
Casos clínicos resumidos		
Informes de pruebas analíticas		
Informes de Radiología		
Informes de pruebas diagnósticas		
Registros de cuentas de cobro		
Radiografías, imágenes		
Informes interdisciplinarios		
Cortes histológicos de patología		
Historial de consultas		
Otro: _____		
Otro: _____		

Solicito mis datos sanitarios en el siguiente formato:

Disco compacto _____ **Impreso** _____

Mis derechos

Entiendo que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir prestaciones no serán denegados por razón exclusiva de mi negativa a otorgar esta autorización, a menos que corresponda lo siguiente:

- (i) el tratamiento está relacionado con una investigación clínica y la parte arriba indicada procura usar la información para realizar dicha investigación;
- (ii) la parte arriba indicada es una compañía de seguros médicos que procura obtener información (con la excepción de informes de psicoterapia) relacionada con mi idoneidad o la suscripción futura en un seguro médico; o
- (iii) el único objetivo del tratamiento es recopilar datos sanitarios para proporcionarla a la entidad arriba identificada.

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y la envíe a la siguiente dirección:



Valley Children's Hospital
9300 Valley Children's Place
Madera, CA 93636
Mailstop: FE06

- Habrá ocasiones donde la revocación de esta autorización no se pueda conceder.
- Existe la posibilidad de que los datos divulgados conforme a esta autorización sean divulgados a terceros por el destinatario y que ya no estén protegidos.
- Ninguna revocación válida que Valley Children's Hospital reciba por escrito aplicará a la información que ya se haya divulgado conforme a esta autorización ni influirá en las medidas que Valley Children's Hospital haya tomado antes de la revocación escrita.

Fecha de caducidad de esta autorización: _____.

Fecha: _____

Hora: _____ mañana o tarde

Firma: _____

Firma del paciente o el representante legal

Indique su parentesco legal con el paciente: _____

Testigo: _____

Firma del personal de la Oficina de Divulgación de Datos Protegidos