

1. Autorizo a: Hospital Pediátrico Driscoll que otorgue información del expediente(s) de:
 Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
 Dirección: _____
 N° Seguro Social: _____ Tutor Legal: _____
 Madre: _____ Padre: _____

2. Información divulgada corresponde a la atención recibida de fecha: _____ a: _____
 3. Médico de cabecera durante la estadía en Driscoll: _____
 4. Información otorgada a: Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (con área): _____ Fax.: _____

5. Propósito de autorización: (Marque con sus iniciales lo que corresponda)
 _____ Abogado _____ Oficina Médica/Clínica _____ Uso personal (cuota para copias)
 _____ Servicios de Protección Infantil / Cumplimiento de Ley del Centro de Defensa de Niños y / o servicios relacionados
 _____ Otra razón (Favor explicar) _____

6. Tipo de información a otorgar: NO COMPROBAR CADA CAJA SI SE NECESITA UN REGISTRO COMPLETO. VER LA PRIMERA CAJA

<input type="checkbox"/> Expediente completo	<input type="checkbox"/> Informe Quirúrgico/Patológico	<input type="checkbox"/> Resumen de Dada de Alta
<input type="checkbox"/> Historial y Examen Físico	<input type="checkbox"/> Informe de Consulta	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso
<input type="checkbox"/> Resultados de Exámenes de Lab.	<input type="checkbox"/> Informes Radiológicos	<input type="checkbox"/> Notas de Psiquiatría* Referir Forma 1282
<input type="checkbox"/> Expediente médico de examen forense	<input type="checkbox"/> Informe del Dpto. de Urgencia	<input type="checkbox"/> Notas de Clínica de Pacientes Ambulatorios
<input type="checkbox"/> Extracción de Expediente de Salud	<input type="checkbox"/> Página de Cubierta	<input type="checkbox"/> Radiografías
<input type="checkbox"/> Otro (favor explicar)		<input type="checkbox"/> Registros de Facturación

7. LÍMITE DE TIEMPO Y DERECHO A REVOCAR LA AUTORIZACION: Excepto en la medida que se haya tomado acción en base a esta autorización, puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito al Custodio de Registros en el Hospital Pediátrico Driscoll. A no ser revocada, esta autorización finalizará en la siguiente fecha o evento (indique fecha o evento) _____ o a 180 días de la fecha de firma.

8. Además, autorizo que una fotocopia de este formulario de autorización se acepte como documento original.

9. El centro, sus empleados, oficiales y médicos, quedan libres de toda responsabilidad legal por el hecho de haber dado información según lo indicado y autorizado aquí.

10. * AUTORIZACION PARA OTORGAR INFORMES DE ABUSO DE DROGAS Y/O ALCOHOL, Y/O PSIQUIATRIA, Y/O VIH/SIDA: Tengo entendido que la información que se da, puede referirse a casos o resultado de padecimientos psicológicos o psiquiátricos, abuso de sustancias, violencia sexual, abuso físico, o exámenes de sangre para detectar S.I.D.A./V.I.H.

11. Se solicita pago anticipado por copias, excepto en caso de emergencia médica o para continuidad de cuidado.

12. Tengo entendido que el Hospital Pediátrico Driscoll no puede poner condiciones a tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad a beneficios, basándose en que yo complete este formulario de autorización.

RE-DIVULGACION: Se le proporciona esta información de Informes Confidenciales, y su confidencialidad está protegida bajo Ley Federal 42C.F.R. Parte 2. Se prohíbe hacer cualquier divulgación de información adicional sin el consentimiento escrito específico de la persona a la que pertenece, o como sea permitido por ley. Para este propósito, no es suficiente una autorización general de divulgación de información médica u otra información.

 Firma del Paciente, Padres, Tutor Legal o Persona Autorizada

 Fecha

 Parentesco con paciente

 Teléfono

 Testigo

Hospital Pediátrico Driscoll
 3533 S. Alameda Street
 Corpus Christi, Texas 78411
 (361) 694-5000