

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  
 \_\_\_\_\_  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:

<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
<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