



Children's Hospital of The King's Daughters Health System

601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910

Teléfono: (757) 668-7221

Fax: (757) 668-7625

Email: HIMRecordRelease@CHKD.org

Línea de Cortesía en Español: (757) 668-9323

For Office Use Only

MRN : _____

RECEIVED DATE: _____

COMPLETED DATE: _____

USB DEVICE #: _____

Autorización para Divulgar Registros Médicos que Incluyen Información sobre Trastorno por Uso de Sustancias

Favor note que cada sección de esta autorización debe ser completada totalmente.

Si la información no se especifica, incluyendo fechas, esto va a demorar el procesamiento de esta petición.

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ OTROS NOMBRES POSIBLES (E.G. DE SOLTERA, PREFERIDO): _____

YO AUTORIZO A: Children's Hospital of The King's Daughters Health System, Inc. (CHKDHS) 601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910

A DIVULGAR: (descripción de la información de salud del paciente identificada anteriormente que será divulgada)

DESCRIPCIÓN:

FECHA:

Documentación de alcohol y drogas (Uso de sustancias)

Otra: _____

Entiendo que estoy dando permiso para divulgar registros de salud confidenciales que pueden contener servicios de salud del comportamiento, servicios de salud mental, y/o notas de psicoterapia.

A:

Nombre del Receptor/Institución: _____ Número de Contacto del Receptor: _____

Dirección del Receptor (Calle, Ciudad, Estado, Código postal): _____

Correo Electrónico del Receptor: _____ Número de Fax del Receptor: _____

PRECIACIÓN DE ENTREGA: (A menos que se especifique otra manera, la petición será enviada a través de transmisión electrónica asegurada)

CREAR CONTRASEÑA: Favor imprima legiblemente la contraseña que CHKDHS va a utilizar para proteger su expediente, y guárdela para sus archivos. La contraseña debe tener por lo menos 8 caracteres: _____

Escoja uno:

Acceso Asegurado por Correo Electrónico por medio de Sharefile-requiere contraseña (accesible por 30 días) Unidad USB-requiere contraseña (por correo)

Fax Copia de Papel

CON EL PROPÓSITO SIGUIENTE: *No se tiene que especificar el propósito si el paciente está pidiendo la divulgación.

Según la petición del individuo

Otro (especifique): _____

AVISO AL RECEPTOR: El código de regulaciones federales, CFR 42 parte 2 prohíbe divulgar información acerca del trastorno de uso de sustancias sin consentimiento específico por escrito. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento excepto en la medida en que CHKDHS ya haya tomado acción en dependencia de ello. También entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le provee a mi asegurador el derecho de cuestionar un reclamo bajo mi póliza. Yo entiendo que si yo revoco esta autorización, tengo que hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a Health Information Management, Children's Hospital of The King's Daughters, 601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910. (La revocación por escrito debe ser legible e incluir el nombre y la fecha de nacimiento del paciente, la fecha cuando la revocación entra en vigencia, una descripción de la información de salud cubierta bajo la revocación, la persona/entidad ya no autorizada a recibir la información, la firma de la persona con la autoridad legal para dar autorización/revocación, y si no es el paciente, una descripción de su autoridad legal para dar autorización/revocación, y su número de teléfono.)

Una copia de esta autorización será tan efectiva como la original. A menos que se haya revocado de otra manera, esta autorización tendrá vencimiento en la fecha, evento, o condición siguiente: _____. Si yo no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización **tendrá vencimiento dentro de un (1) año.**

Requerido si la petición es para propósitos de Mercadeo:

1. Yo entiendo que CHKDHS va a NO va a recibir pago como resultado de utilizar/divulgar esta información.

Requerido si el paciente/guardián legal NO está pidiendo o si CHKDHS SÍ está pidiendo la divulgación. (marque solo cuando corresponda)

1. Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, en este caso,

el negarme a firmar no afectará mi habilidad de obtener tratamiento, pago, o mi elegibilidad para beneficios.

la ley permite la limitación del tratamiento, pago, o mi elegibilidad para recibir beneficios en esta autorización, y la consecuencia de negarme a autorizar esta divulgación es _____

2. CHKDHS TIENE QUE DARLE AL PADRE/TUTOR LEGAL UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN.

Yo certifico que soy el paciente, uno de los padres o tutor legal del paciente con la potestad de autorizar la divulgación de la información de salud protegida del paciente. Entiendo que procesar esta petición puede que demore hasta 30 días y que puede existir un costo asociado.

Firma del Paciente/uno de los Padres/ Tutor Legal (cuando corresponda) SOLO FIRME DOCUMENTO EN INGLÉS/SIGNATURE ONLY ON ENGLISH DOCUMENT Fecha:

Nombre Impreso: SOLO COMPLETE DOCUMENTO EN INGLÉS/COMPLETE ENGLISH DOCUMENT ONLY Relación al Paciente/Autoridad Legal: SOLO LLENE DOCUMENTO EN INGLÉS

Testigo: SOLO COMPLETE DOCUMENTO EN INGLÉS/COMPLETE ENGLISH DOCUMENT ONLY Firma del Testigo: SOLO FIRME DOCUMENTO EN INGLÉS/SIGNATURE ONLY ON ENGLISH DOCUMENT Fecha: