

Nombre del paciente (en imprenta) _____
Número de historia clínica del paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD DE ST. JUDE CHILDREN'S RESEARCH HOSPITAL

1. Por el presente autorizo a (doy mi permiso) St. Jude Children's Research Hospital a divulgar (proporcionar) la información de salud especificada a continuación de la historia clínica del paciente arriba mencionado.

2. Información para ser utilizada o divulgada: *(marque las casillas correctas y complete los espacios en blanco donde sea necesario)*

- | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informe de radiografía | <input type="checkbox"/> Informe del EKG (electrocardiograma)/
Ecocardiograma |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | <input type="checkbox"/> Informe operativo | <input type="checkbox"/> Informe de patología |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso y del médico | <input type="checkbox"/> Informe del laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe de consultas |
| <input type="checkbox"/> Registro total | <input type="checkbox"/> Facturación detallada | |
| <input type="checkbox"/> Otros (describa): _____ | | |

Psicología: Todas las notas Resumen de notas Informe de pruebas psicológicas

Registros para el período (fecha) desde _____ hasta _____

3. Entiendo que la información en mi registro de salud (el registro de salud de mi hijo) puede incluir datos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental y del comportamiento, y tratamiento para el abuso de drogas y alcohol.

4. La información se divulgará a: Persona/Agencia: _____
Dirección: _____
Número de teléfono del solicitante: _____

5. Propósito de la divulgación: _____
6. Entiendo que tengo derecho a revocar (retirar) esta autorización (permiso) en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y proporcionar mi revocación escrita al departamento de Servicios de Administración de Información de Salud (Health Information Management Services). Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización.
7. Si no se revoca antes de ese tiempo, esta Autorización vencerá luego de un (1) año a partir de la fecha indicada a continuación, a menos que se disponga de otro modo.
8. Entiendo que después de que la información arriba detallada se divulgue, podrá ser divulgada (proporcionada) nuevamente por la persona o agencia que la recibió, y la información no podrá ser protegida por las leyes o reglamentos federales sobre privacidad.
9. Entiendo que la autorización del uso o la divulgación de la información arriba identificada es voluntaria. No necesito firmar este formulario para tener la seguridad de recibir tratamiento de atención médica.

Firma del paciente o del padre/madre/tutor legal, Fecha Hora (AM/PM)
si el paciente tiene menos de 18 años de edad

Si la firma no corresponde al paciente, escriba el vínculo con el paciente: _____

Firma del testigo: Fecha Hora (AM/PM)

Nombre del paciente (en imprenta) _____
Número de historia clínica del paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD DE ST. JUDE CHILDREN'S RESEARCH HOSPITAL

1. Por el presente autorizo a (doy mi permiso) St. Jude Children's Research Hospital a divulgar (proporcionar) la información de salud especificada a continuación de la historia clínica del paciente arriba mencionado.

2. Información para ser utilizada o divulgada: *(marque las casillas correctas y complete los espacios en blanco donde sea necesario)*

- | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informe de radiografía | <input type="checkbox"/> Informe del EKG (electrocardiograma)/
Ecocardiograma |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | <input type="checkbox"/> Informe operativo | <input type="checkbox"/> Informe de patología |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso y del médico | <input type="checkbox"/> Informe del laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe de consultas |
| <input type="checkbox"/> Registro total | <input type="checkbox"/> Facturación detallada | |
| <input type="checkbox"/> Otros (describa): _____ | | |

Psicología: Todas las notas Resumen de notas Informe de pruebas psicológicas

Registros para el período (fecha) desde _____ hasta _____

3. Entiendo que la información en mi registro de salud (el registro de salud de mi hijo) puede incluir datos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental y del comportamiento, y tratamiento para el abuso de drogas y alcohol.

4. La información se divulgará a: Persona/Agencia: _____
Dirección: _____
Número de teléfono del solicitante: _____

5. Propósito de la divulgación: _____
6. Entiendo que tengo derecho a revocar (retirar) esta autorización (permiso) en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y proporcionar mi revocación escrita al departamento de Servicios de Administración de Información de Salud (Health Information Management Services). Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización.
7. Si no se revoca antes de ese tiempo, esta Autorización vencerá luego de un (1) año a partir de la fecha indicada a continuación, a menos que se disponga de otro modo.
8. Entiendo que después de que la información arriba detallada se divulgue, podrá ser divulgada (proporcionada) nuevamente por la persona o agencia que la recibió, y la información no podrá ser protegida por las leyes o reglamentos federales sobre privacidad.
9. Entiendo que la autorización del uso o la divulgación de la información arriba identificada es voluntaria. No necesito firmar este formulario para tener la seguridad de recibir tratamiento de atención médica.

Firma del paciente o del padre/madre/tutor legal, Fecha Hora (AM/PM)
si el paciente tiene menos de 18 años de edad

Si la firma no corresponde al paciente, escriba el vínculo con el paciente: _____

Firma del testigo: Fecha Hora (AM/PM)

Nombre del paciente (en imprenta)
Número de historia clínica del paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD DE ST. JUDE CHILDREN'S RESEARCH HOSPITAL

1. Por el presente autorizo a (doy mi permiso) St. Jude Children's Research Hospital a divulgar (proporcionar) la información de salud especificada a continuación de la historia clínica del paciente arriba mencionado.

2. Información para ser utilizada o divulgada: *(marque las casillas correctas y complete los espacios en blanco donde sea necesario)*

- | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informe de radiografía | <input type="checkbox"/> Informe del EKG (electrocardiograma)/
Ecocardiograma |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | <input type="checkbox"/> Informe operativo | <input type="checkbox"/> Informe de patología |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso y del médico | <input type="checkbox"/> Informe del laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe de consultas |
| <input type="checkbox"/> Registro total | <input type="checkbox"/> Facturación detallada | |
| <input type="checkbox"/> Otros (describa): _____ | | |

Psicología: Todas las notas Resumen de notas Informe de pruebas psicológicas

Registros para el período (fecha) desde _____ hasta _____

3. Entiendo que la información en mi registro de salud (el registro de salud de mi hijo) puede incluir datos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental y del comportamiento, y tratamiento para el abuso de drogas y alcohol.

4. La información se divulgará a: Persona/Agencia: _____
Dirección: _____
Número de teléfono del solicitante: _____

5. Propósito de la divulgación: _____
6. Entiendo que tengo derecho a revocar (retirar) esta autorización (permiso) en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y proporcionar mi revocación escrita al departamento de Servicios de Administración de Información de Salud (Health Information Management Services). Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización.
7. Si no se revoca antes de ese tiempo, esta Autorización vencerá luego de un (1) año a partir de la fecha indicada a continuación, a menos que se disponga de otro modo.
8. Entiendo que después de que la información arriba detallada se divulgue, podrá ser divulgada (proporcionada) nuevamente por la persona o agencia que la recibió, y la información no podrá ser protegida por las leyes o reglamentos federales sobre privacidad.
9. Entiendo que la autorización del uso o la divulgación de la información arriba identificada es voluntaria. No necesito firmar este formulario para tener la seguridad de recibir tratamiento de atención médica.

_____ Firma del paciente o del padre/madre/tutor legal, si el paciente tiene menos de 18 años de edad	_____ Fecha	_____ Hora (AM/PM)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	-----------------------

Si la firma no corresponde al paciente, escriba el vínculo con el paciente: _____

_____ Firma del testigo:	_____ Fecha	_____ Hora (AM/PM)
-----------------------------	----------------	-----------------------

PADRE O MADRE/PACIENTE