

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)/<br>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)

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)/<br>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)

DEPARTAMENTO

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)/<br>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