

Nombre del paciente (en imprenta) _____

Número de historia clínica del paciente: _____

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

1. Por el presente autorizo (doy mi permiso) a: _____
(nombre del hospital, clínica o médico)
a divulgar 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 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: St. Jude Children's Research Hospital
Attn: HIMS, Mail Stop 104
262 Danny Thomas Place
Memphis, TN 38105-3678

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. 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 St. Jude a otras entidades, 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 paciente o 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: _____

Witness signature

Fecha

Hora (AM/PM)

Nombre del paciente (en imprenta) _____

Número de historia clínica del paciente: _____

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

1. Por el presente autorizo (doy mi permiso) a: _____
(nombre del hospital, clínica o médico)
a divulgar 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 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: St. Jude Children's Research Hospital
Attn: HIMS, Mail Stop 104
262 Danny Thomas Place
Memphis, TN 38105-3678

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. 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 St. Jude a otras entidades, 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 paciente o 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: _____

Witness signature

Fecha

Hora (AM/PM)

DEPARTAMENTO

Nombre del paciente (en imprenta) _____

Número de historia clínica del paciente: _____

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

1. Por el presente autorizo (doy mi permiso) a: _____
(nombre del hospital, clínica o médico)
a divulgar 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 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: St. Jude Children's Research Hospital
Attn: HIMS, Mail Stop 104
262 Danny Thomas Place
Memphis, TN 38105-3678

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. 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 St. Jude a otras entidades, 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 paciente o 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: _____

Witness signature

Fecha

Hora (AM/PM)

PADRES/PACIENTE