

Authorization for Release of Dayton Children's Information

Información del paciente	Apellido		Nombre		Segundo nombre	
	Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
	Fecha de nacimiento	Otros nombres posibles		Teléfono		
Seleccione la casilla(s) que indican el registro(s) que será dado a conocer/divulgado.						
<input type="checkbox"/> Registro de paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Compendio <input type="checkbox"/> Resultado de la prueba Fecha(s): _____ Fecha(s): _____						
<input type="checkbox"/> Registros de cuidados supervisados en casa <input type="checkbox"/> Compendio <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> CD de con imágenes Fecha(s): _____ Fecha(s): _____						
<input type="checkbox"/> Registros del Departamento de emergencias <input type="checkbox"/> Registros de la clínica ambulatoria Fecha(s): _____ Fecha(s): _____ Área: _____						
<input type="checkbox"/> Informes de Operaciones <input type="checkbox"/> Psicología/psiquiatría Fecha(s): _____ Fecha(s): _____						
<input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Otro Fecha(s): _____ Notas: _____						
Por favor marque la casilla que indica el método para recibir las copias de los registros.			<input type="checkbox"/> Enviar copias por correo (Escriba la dirección en la casilla siguiente.)		<input type="checkbox"/> Recoger las copias (Se necesita ID con fotografía) Fecha: _____	
			<input type="checkbox"/> Sólo revisión (Se necesita ID con fotografía) Fecha: _____		<input type="checkbox"/> Fax (Sólo cuidado del paciente)	
La siguiente persona u organización está autorizada para recibir la información: Nombre _____			La siguiente persona u organización está autorizada para realizar la siguiente divulgación: Nombre Dayton Children's Hospital/ _____ Depto.			
Dirección _____			Dirección _____			
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	Ciudad Dayton	Estado Ohio	Código postal 45404-1815	
Teléfono _____	Fax: _____		Teléfono _____	Fax: _____		
Por favor marque la casilla que indica la razón de la solicitud. Para un tratamiento médico, por favor indique la fecha de la cita.			Tratamiento médico, Día de la cita: _____			
			<input type="checkbox"/> Discapacidad		<input type="checkbox"/> Legal	
			<input type="checkbox"/> Seguro		<input type="checkbox"/> Escuela	
			<input type="checkbox"/> Otro: _____			
Por medio de la presente autorizo a Dayton Children's Hospital, para que divulgue o reciba información médica, como se indica en este documento, de las partes ya mencionadas. Esta autorización incluye la divulgación de información concerniente a pruebas de VIH o el tratamiento del SIDA o padecimientos relacionados con el SIDA, cualquier abuso de alcohol o drogas, padecimientos relacionados con drogas, alcoholismo o padecimientos psiquiátricos o psicológicos del paciente ya mencionado.						
Comprendo que esta autorización permanecerá vigente por un año a partir de la fecha en que la firme, a menos que se especifique en este espacio (_____) una fecha de finalización previa. También entiendo que, excepto en lo que concierne a las acciones que se hayan tomado con base en esta autorización, puedo retirarla en cualquier momento mediante una notificación por escrito para las partes involucradas. También acepto que Dayton Children's puede cobrarme o a mis receptores designados el costo de la preparación de la copia del registro médico solicitado. Dayton Children's no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios a la firma de esta autorización.						
Comprendo que si la persona u organización que recibe la información anterior no es un profesional del cuidado de la salud o un plan de salud cubierto por las leyes de privacidad federales, la información descrita puede ser divulgada por dicha persona u organización y probablemente no estará protegida por las leyes de privacidad federales.						
Firma del Paciente o Tutor			Fecha			
Parentesco con el paciente			Núm. de registro médico			
Firma del Testigo			Verificación del solicitante <input type="checkbox"/> Por firma <input type="checkbox"/> Por identificación con fotografía		¿Se dio copia al solicitante? S / N	