



0 2 2 9

EL (LA) ABAJO FIRMANTE POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZA A MIAMI CHILDREN'S HOSPITAL A ENTREGAR Y/O SOLICITAR INFORMACIÓN QUE CONTIENEN LOS ARCHIVOS MEDICOS DEL(LA) PACIENTE, LOS CUALES PUEDEN INCLUIR INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA O SOBRE ABUSO DE DROGAS DEL PACIENTE O DE SUS PADRES, PRUEBAS DE VIH, INFORMACIÓN SOBRE DIAGNOSTICÓ Y TRATAMIENTO Y/O INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL SIDA.

NOMBRE DEL PACIENTE (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE POR FAVOR) _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA O INSTITUCIÓN A QUIEN SE DIVULGA LA INFORMACIÓN: _____

POR FAVOR SELECCIONE EL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ: SELECCIONAR: PAPEL CD

<input type="checkbox"/> Hoja principal	<input type="checkbox"/> Historia & Físico	<input type="checkbox"/> PT/OT/ST	<input type="checkbox"/> Vacunas
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Reporte de operación	<input type="checkbox"/> Laboratorio
<input type="checkbox"/> Patología	<input type="checkbox"/> Radiología	<input type="checkbox"/> Medicinas	<input type="checkbox"/> Ordenes medicas
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Eco	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> EEG
<input type="checkbox"/> Examen de función pulmonar	<input type="checkbox"/> Estudio del sueño	<input type="checkbox"/> D/C Instrucciones	<input type="checkbox"/> Si hay otras (especifique abajo)
<input type="checkbox"/> *Sustancia farmacológica (iniciales) _____	<input type="checkbox"/> *Comportamiento/Psiquiatría (iniciales) _____	<input type="checkbox"/> *Laboratorio-Sensitivo/Genéticos (VIH / ETS / Detección de drogas / Embarazo) (Firma necesaria) X _____	

HISTORIA CLÍNICA COMPLETA (No para atención continua)
**SE COBRARÁ \$1 POR PÁGINA POR LA HISTORIA MEDICA COMPLETA. (ESTATUTO DE LA FLORIDA.395.3025)

OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE): _____

PROPÓSITO Y NECESIDAD PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
 CUIDADO DE SALUD PAGADOR INTERMEDIARIO PERSONAL OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE)

FECHAS DE HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO _____

ESTE CONSENTIMIENTO ESTÁ SUJETO A REVOCACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, EXCEPTO CUANDO LA ACCIÓN YA HA SIDO TOMADA. ESTE CONSENTIMIENTO EXPIRARA AUTOMÁTICAMENTE NOVENTA DÍAS (90) DESPUÉS DE LA FECHA DE MI FIRMA O ANTES BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

FIRMA DEL PACIENTE X	TELÉFONO	FECHA
PADRE DE FAMILIA, TUTOR U OTRO REPRESENTANTE LEGAL X	RELACIÓN CON EL(AL) PACIENTE	FECHA
TESTIGO X		FECHA

LA AUTORIZACIÓN DEBE SER FIRMADA Y FECHADA POR EL PACIENTE, PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL; Y SU FIRMA DEBE SER ANTE TESTIGO. LA AUTORIZACIÓN DEBE ESTAR FECHADA CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE LA VISITA SOLICITAD. UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN TENDRÁ LA MISMA VALIDEZ QUE EL ORIGINAL.

Entiendo que esta autorización expirará el ____/____/____.

Entiendo que puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento antes de la fecha de expiración, salvo en el caso de que alguna acción se haya ya tomadas en virtud de esta autorización. También entiendo que en caso de que yo revoque esta autorización, la mismo no tendrá ningún efecto sobre las medidas que haya tomado el Miami Children's Hospital antes de que se recibiera la revocación.

CONSENT FOR RELEASE/REQUEST OF INFORMATION SPANISH