

Sírvase enviar esta solicitud por correo o FAX a:

**Health Information Management Services
Release of Information Office
300 Pasteur Drive – MC 5200
Stanford, CA 94305-5200
Tel: (650) 725-6313 Fax: (650) 725-9821**

**STANFORD HOSPITAL AND CLINICS
LUCILE PACKARD CHILDREN'S HOSPITAL**



**CONSENTIMIENTOS/REMISIONES * AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
CONSENTS/RELEASES * AUTHORIZATION FOR
DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Sección A: Identificación del paciente (Obligatorio)

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Número de expediente médico (si se sabe):
Dirección:	Número de teléfono:	
En caso de solicitud por algún representante personal/legal (nombre y parentesco con el paciente):		

Sección B: Solicitud para revisar y/o sacar fotocopias de su información médica

Usted tiene derecho, con ciertas excepciones limitadas, de inspeccionar y obtener copias de su información médica durante todo el tiempo que la guardemos en nuestros archivos. Sírvase completar la siguiente información para hacer una solicitud:

- Indique su preferencia:
- Iré al hospital para revisar los expedientes
 - Retiraré en persona las copias que solicité
 - Sírvase enviarme por correo las copias que pedí a la dirección anotada arriba.

Bajo ciertas circunstancias limitadas, es posible que no aceptemos su solicitud para revisar y/u obtener copias de su información médica. Si se niega el acceso, podrá pedir que esta negativa sea reconsiderada. Las instrucciones sobre el procedimiento de reconsideración de la solicitud serán incluidas con cualquier aviso de negativa.

Estoy de acuerdo en pagar cualquier costo asociado con el procesamiento y/o las copias de la información solicitada.

Sección C: Autorización para la divulgación de información médica (Completar solamente si la divulgación es para otra persona y no usted)

Por el presente documento, doy autorización a SHC LPCH u Otro (especifique) _____ para que remita una copia de mi información médica a la persona/organización especificada abajo:

<input type="checkbox"/> Enviar por correo a: <input type="checkbox"/> Retirar en persona:	Persona/Agencia/ Organización (<i>destinatario autorizado</i>):
	Dirección:
	Número de teléfono (<i>si se sabe, anote los datos de contacto del destinatario autorizado</i>):

- Entiendo que me puedo rehusar a firmar esta autorización y que *Stanford Hospital and Clinics y Lucile Packard Children's Hospital* no podrán imponer ninguna condición sobre mi tratamiento por firmar o no esta autorización. Entiendo que si he autorizado la divulgación de información a alguien que no está obligado legalmente a mantenerla confidencial, es posible que el que reciba la información la divulgue nuevamente, y que la misma quede sin protección. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización.
- Entiendo que esta autorización entra en vigencia de inmediato y permanecerá en vigor hasta _____

(especificar la fecha, pero no fijarla para más de seis meses a partir de la fecha de la presente autorización). Mantengo el derecho de retirar o revocar esta autorización por escrito y en cualquier momento, a no ser que SHC o LPCH haya divulgado la información con anterioridad. Enviar un pedido por escrito a la oficina de ROI para retirar o revocar esta autorización.

- Dirección: 300 Pasteur Drive, MC 5200, Stanford, CA 94305
- Llamar al (650) 725-6313 para obtener más información e instrucciones

Sección D: Información médica a obtenerse o divulgarse (*Todos los solicitantes deben completar*)

1. El acceso a, y/o divulgación de mi información médica se limitará a los siguientes elementos:
 - Informe de alta Antecedentes y exámenes físicos Registro de vacunación
 - Notas de evolución de paciente ingresado Informe quirúrgico Informe de interconsulta
 - Informe de la sala de urgencias Informe de patología Registro de facturas
 - Informes de análisis de laboratorio: Desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____
 - Informes de radiología: Desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____
 - Notas de consultas clínicas: Desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____
 - Otro (Especificar): _____

2. Tal acceso o divulgación se limita a lo siguiente:
 - Tipo de información (afección médica específica): _____
 - Desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____

3. Para obtener acceso a, o para divulgación de cualquiera de los siguientes datos de difusión limitada, marque el/los tema/s que corresponda/n:
 - ____ Resultado de la prueba del VIH (HIV) ____ Genética ____ Fertilidad
 - ____ Alcoholismo/Drogadicción ____ Psiquiatría/Salud Mental (se requiere autorización adicional- véase el formulario 15-79M)

4. Motivo del pedido para obtener el acceso a, o divulgación de estos datos:
 - Solicitud del paciente; Otro: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si lo firma otra persona y no el paciente, indique el parentesco: _____

Si se utilizó a un intérprete: _____

Firma del intérprete
Interpreter Signature

Nombre en letra de molde
Print Name

Idioma
Language

Fecha
Date

Hora
Time

Cargo/Parentesco con el paciente
Position/Relationship to Patient

FOR HIMS STAFF USE ONLY					
(Checklist of Documents Released)					
	<i>Date(s)</i>		<i>Date(s)</i>		<i>Date(s)</i>
<input type="checkbox"/> Discharge Summary		<input type="checkbox"/> Laboratory Report		Restricted Information	
<input type="checkbox"/> H&P/Progress Notes		<input type="checkbox"/> Radiology (X-Ray) Report		<input type="checkbox"/> Psychiatric/Mental Health	
<input type="checkbox"/> Emergency Record		<input type="checkbox"/> Immunization Record		<input type="checkbox"/> HIV Test Result	
<input type="checkbox"/> Operative Report		<input type="checkbox"/> Outpatient Clinic Notes		<input type="checkbox"/> Genetics	
<input type="checkbox"/> Pathology Report		<input type="checkbox"/> Other (Specify): _____		<input type="checkbox"/> Fertility	
<input type="checkbox"/> Consultation Report		_____		<input type="checkbox"/> Alcohol/Drug Abuse	
Processed by:				Date Completed:	

ENTREGUE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO AL PACIENTE O A SU REPRESENTANTE PERSONAL
FORM 1579 - PROVIDE A COPY OF THIS DOCUMENT TO THE PATIENT OR HIS/HER PERSONAL REPRESENTATIVE