

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N.º de  



Children's Mercy

## Autorización según HIPAA para revelar información médica

(Página 1 de 3)

8071-196S MR 07/24

El paciente o su representante personal pueden usar este formulario para autorizar a Children's Mercy a que describa (verbalmente o por escrito) la información médica protegida (PHI) del paciente o a que proporcione copias de la misma a otras personas. Para obtener una versión electrónica de este formulario, comuníquese con Administración de Información Médica (Health Information Management) llamando al (816) 234-3455.

### 1) ¿Qué información médica quiere que se revele?

#### Información médica de las siguientes fechas de atención

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fechas específicas: _____   | <input type="checkbox"/> Este rango de fechas: Desde _____ hasta _____<br>Mes/año Mes/año |
| <input type="checkbox"/> Todas las fechas hasta el vencimiento o la revocación de esta autorización. |   |

\* Si no se especifica una fecha, se aplicará a los dos últimos años.

#### Tipo de información médica solicitada

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registros médicos relevantes (los principales registros médicos de <b>los dos últimos años</b> , incluyendo: historia y examen físico, documentación de ingreso y alta, notas de evolución del proveedor, notas clínicas, notas de consulta, cartas del proveedor, reportes de operaciones/procedimientos, planes de acción para el asma, resultados o reportes de radiología/laboratorio/patología/genética, documentación principal de anestesia, cuidado de las heridas, fisioterapia/terapia ocupacional [physical therapy/occupational therapy, PT/OT]). | <input type="checkbox"/> <u>Todos</u> los expedientes médicos (el expediente médico completo, incluyendo atención de salud mental; abuso de alcohol o drogas o tratamiento contra los mismos; HIV/sida u otras enfermedades contagiosas).<br><br>* Para copias electrónicas o en papel: Solo se revelará información de los <b>últimos dos años</b> , salvo que en las fechas de atención en la sección de arriba se especifique otro período. Se incluyen todos los expedientes del conjunto de expedientes designado, a menos que la ley no permita revelarlos. No se incluyen las imágenes de radiología. |
| <input type="checkbox"/> Notas del clínico de atención ambulatoria, del proveedor de ER o de atención de urgencias.  | <input type="checkbox"/> Imágenes o fotos:<br><input type="checkbox"/> Radiología<br><input type="checkbox"/> EKG<br><input type="checkbox"/> EEG<br><input type="checkbox"/> Tiras de monitoreo fetal   |
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta (paciente ingresado, ER o atención de urgencia)   | Otro (especifique): _____  |
| <input type="checkbox"/> Reportes de operaciones o de procedimientos   |  |
| <input type="checkbox"/> Reportes (radiología, laboratorio, patología, genética)   |  |
| <input type="checkbox"/> Examen físico (control del niño sano)   |  |
| <input type="checkbox"/> Registros de atención a domicilio   |  |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos   |  |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunas   | <input type="checkbox"/> Estado de facturación detallado   |
| <input type="checkbox"/> Información de salud mental, marque qué tipo:<br><input type="checkbox"/> Evaluación y planes de tratamiento<br><input type="checkbox"/> Terapia/Notas de evolución   | <input type="checkbox"/> Otros expedientes o expedientes externos en poder de Children's Mercy (especifique):<br>_____   |

\* Se pueden cobrar tarifas para algunas solicitudes, consulte el sitio web para obtener más información:

<https://www.childrensmercy.org/about-us/legal/health-information/requesting-copies-of-medical-records/charges-for-complete-medical-records/>

### 2) Se puede proporcionar o describir la información médica a las siguientes personas:

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Enviar los expedientes a (o hablar de los expedientes con) los siguientes: Complete todos los campos.<br><br>Individuo, escuela u organización: _____<br>A la atención de: _____<br>Dirección: _____<br>Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____<br>Teléfono: _____ Número de Fax (solo de los proveedores de atención médica): _____ |
|--|

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_



Children's Mercy

**Autorización según HIPAA  
para revelar información médica**

**(Página 2 de 3)**

8071-196S MR 07/24

**3) Se necesita información médica para los siguientes fines**

- |  |                                   |                                 |                                |                                  |   |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Atención continua | <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Otro (especifique):<br>_____ |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|

**4) Si solicita la entrega de información médica, ¿Cómo quiere que se entregue esta información?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entrega por correo (a la persona, la escuela o la organización identificadas en la sección 2).<br>Especifique el tipo de copia que quiere:<br><input type="checkbox"/> Copia en papel<br><input type="checkbox"/> CD   | <input type="checkbox"/> Recoger una copia. Especifique el tipo de copia que quiere:<br><input type="checkbox"/> Copia en papel<br><input type="checkbox"/> CD<br><br>* Lugar de recogida:<br>Children's Mercy Hospital<br>Health Information Management Department (HIM)<br>2401 Gillham Road<br>Kansas City, Missouri 64108 |
| <input type="checkbox"/> Fax (si se va a enviar a otro proveedor de atención médica)  | <input type="checkbox"/> Por <b>correo electrónico seguro</b> /encriptado a la siguiente dirección de email:<br>_____<br><br>* Si está disponible, hay restricciones de tamaño.   |
| <input type="checkbox"/> Imágenes en la nube (enviamos una copia por medio de una plataforma segura de intercambio de archivos virtuales, por ejemplo, podemos enviar el enlace a la oficina de su pediatra). Escriba sus datos de contacto o información sobre dónde enviar el enlace:<br>_____                |   |
| <input type="checkbox"/> Ver en persona. En lugar de obtener una copia de la PHI, o además de obtenerla, quiero consultar (leer) la PHI en Children's Mercy. (Desde Children's Mercy se comunicarán con usted para que elija la fecha, hora y lugar convenientes durante nuestro horario de atención habitual). |   |

**Firmando esta autorización, entiendo que:**

Autorizo el uso/la revelación de toda la información médica protegida (PHI) del paciente que he indicado en este formulario (ya sea por escrito o verbalmente) hasta la fecha de vencimiento o revocación de esta autorización, salvo que esté limitado específicamente en este formulario. Entiendo que esta solicitud no se aplica a: 1) cierta información médica que no está en los expedientes médicos de Children's Mercy; 2) notas de psicoterapia; 3) información compilada para una demanda o si es razonable prever que habrá una; y 4) otra información médica que no esté sujeta al derecho de acceso según la HIPAA. Entiendo que: 1) autorizar la revelación de esta PHI es voluntario, y no es necesario firmar este formulario para asegurar la obtención del tratamiento, el pago ni la elegibilidad para recibir servicios en Children's Mercy; 2) Children's Mercy puede rechazar esta solicitud según la ley aplicable; 3) si la PHI se revela a alguna persona que no está obligada a cumplir las reglamentaciones federales de la HIPAA, el receptor de dicha información puede volver a revelarla, y la misma ya no estaría protegida por la HIPAA; 4) se pueden cobrar tarifas a las copias de ciertos expedientes; 5) una copia fotográfica de esta autorización tiene la misma validez que la original. Entiendo que la PHI solicitada puede incluir información relacionada con la atención de salud mental del paciente; el abuso de alcohol o drogas o el tratamiento contra estos; HIV/sida u otras enfermedades contagiosas, y autorizo que se revele dicha información a menos que se excluya expresamente. Si tengo preguntas sobre las revelaciones de esta PHI, puedo comunicarme con el Departamento de Administración Médica (Health Management Department) de Children's Mercy llamando al (816) 234-3455.

**Vencimiento:**

Salvo que esta autorización se revoque, la misma entra en vigor en la fecha de la firma y vencerá un año después de firmada o en la siguiente fecha/evento/condición: \_\_\_\_\_.

**Revocación:**

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, pero que dicha revocación no se aplicaría a la información que ya se hubiera revelado en respuesta a esta autorización. Para revocar esta autorización, debo enviarle un aviso por escrito al Departamento de Información Médica de Children's Mercy.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

<b>Firma</b>		
_____ Nombre en letra de molde del paciente		_____ Relación con el paciente
_____ Nombre en letra de molde del firmante (si no es el paciente)	(____) _____ - _____ Número de teléfono	____/____/____ Fecha
_____ Firma		
Si firma otra persona que no sea el paciente ni el padre o la madre, describa su autoridad para actuar en nombre del paciente <i>(si no se entregó antes, esta autorización debe ir acompañada de la documentación de apoyo que lo autorice):</i>		
_____		

**Devolver el formulario en papel completado por fax al (816) 701-4034, en persona o por correo a:**  
 Children's Mercy Health Information Management  
 2401 Gillham Road  
 Kansas City, MO 64108

<b>Exclusivo para uso del personal</b>	
Publicado por: _____	Fecha: _____
Devolver a HIM por fax al (816) 701-4034 o a ROI@cmh.edu	