

Formulario de Autorización para obtener y/o revelar información protegida de la salud ("PHI")

Este formulario, de ser firmado, autoriza a Cook Children's Health Care System ("CCHCS") a usar y revelar cierta información de salud de la persona mencionada abajo. Todos los elementos deben estar completos y la autorización firmada y fechada por una persona autorizada para que sea válida. Puedo negarme a firmar esta autorización y entiendo que CCHCS no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a si firmo esta autorización.

1. Yo autorizo a CCHCS (*Por favor marque todos los que apliquen*):

Centro Medico – Fort Worth Centro Medico – Prosper Nombre del Doctor/Clinica: _____

Cuidado Casero; a revelar la información de salud, como se describe abajo del expediente médico de:

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

2. La información especificada abajo puede ser obtenida y/o revelada a:

Nombre de persona/compañía	Teléfono
Dirección, ciudad, estado, código postal	Número de fax

3. La información del paciente es necesaria para (*Por favor marque todos los que apliquen*):

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uso personal/acceso de pacientes | <input type="checkbox"/> Militar | <input type="checkbox"/> Seguro social/discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Mercadotecnia | <input type="checkbox"/> Seguros/Facturación/Reclamaciones | <input type="checkbox"/> Educación |
| <input type="checkbox"/> Atención médica continuada | <input type="checkbox"/> Propósitos legales | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

4. Debe escoger uno: Yo quiero O Yo no quiero que la información específica que sea revelada incluya el historial, diagnóstico y/o tratamiento de análisis de VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, drogas/alcohol, enfermedades de la salud mental.

5. La información especificada abajo puede ser obtenida y/o revelada a: (*Por favor marque todos los que apliquen*):

Especificar las fechas de tratamientos/servicios: _____

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reportes de hospitalización | <input type="checkbox"/> Reportes de consulta | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Planilla del paciente |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Operación | <input type="checkbox"/> Reporte de la sala de Emergencia | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiografías | <input type="checkbox"/> Historial & Físico |
| <input type="checkbox"/> Evaluación(es) de terapia física, ocupacional y del habla | <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Reportes de patología | |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | | | |
| <input type="checkbox"/> Reportes de radiología | <input type="checkbox"/> Información médica/imágenes para mercadotecnia o educación | | |
| <input type="checkbox"/> Notas de la clínica de especialidades | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Autoriza comunicación verbal con	Fecha de la visita	Iniciales
----------------------------------	--------------------	-----------

6. Yo entiendo y reconozco las siguientes declaraciones: Se me puede pedir que muestre pruebas de que tengo la autoridad para firmar esta autorización. Es posible que se me cobre una tarifa por cualquier copia de mi historial médico o del historial médico de mi hijo, de acuerdo con las regulaciones federales y estatales. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito a: **Cook Children's Health Care System, Departamento de Administración de Información de Salud, 801 7th Avenue, Fort Worth, Texas 76104.** Mi revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. Después de que se divulgue o publique la información médica anterior, el destinatario puede volver a publicarla y es posible que la información ya no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.

REVOCACIÓN: A menos que se revoque lo contrario por escrito, esta autorización es válida hasta la siguiente fecha específica (opcional): Mes _____ Día ____, Año _____. Para los pacientes menores de 18 años en el momento de la firma de esta autorización, si no se indica fecha de caducidad, esta autorización es válida hasta que el paciente cumpla 18 años. Para pacientes mayores de 18 años en el momento de la firma de esta autorización, si no se indica fecha de caducidad, esta autorización expirará 2 años a partir de la fecha en que se firme este formulario.

Nombre impreso del paciente/padre/madre o representante legamente autorizado Printed Name of Patient/Parent or Legally Authorized Representative	Parentesco / Relationship
Firma del paciente/padre/madre o representante legamente autorizado Signature of Patient/Parent or Legally Authorized Representative	Fecha / Date Hora / Time

Description: ROIRequest



PRINT OR IMPRINT PATIENT INFORMATION

CSN: _____

MRN: _____



Language assistance services

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-682-885-4000 or speak to your provider.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستكون خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. وتتوفر أيضًا مساعدات وخدمات إضافية ملائمة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على 1-682-885-4000 أو تحدث إلى موفر الخدمة الخاص بك.

繁體中文 (Chinese)

注意: 如果您讲简体中文, 我们可为您提供免费的语言协助服务。还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。请致电 1-682-885-4000 或与您的服务提供商联系。

Français (French)

À L'ATTENTION DE : Si vous parlez français, une aide linguistique gratuite est à votre disposition. Des aides auxiliaires et des services appropriés qui donnent des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-682-885-4000 ou parlez-en à votre prestataire.

Deutsch (German)

BITTE BEACHTEN SIE: Für den Fall, dass Sie Deutsch bevorzugen, stehen Ihnen kostenlos unterstützende Sprachdienste zur Verfügung. Dasselbe gilt für besondere Hilfsmittel und Hilfsdienste zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten. Bitte wählen Sie die 1-682-885-4000 oder wenden Sie sich an Ihren Gesundheitsdienstleister.

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: તમે ગુજરાતી બોલતા છો, તો તમને ભાષાકીય સહાયતા માટે નિ:શુલ્ક સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે ઉચિત પૂરક સહાય અને સેવાઓ પણ નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. 1-682-885-4000 પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आप हिंदी भाषी हैं, तो आपके लिए मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ फॉर्मेट में जानकारी उपलब्ध कराने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी मुफ्त में उपलब्ध हैं। 1-682-885-4000 पर कॉल करें या अपने प्रोवाइडर से बात करें।

日本語 (Japanese)

注意: 日本語を話される場合は、無料の言語アシスタンスサービスがご利用になれます。アクセスできる形式で情報を提供するための適切な補助器具やサービスも無料でご利用になれます。電話 (1-682-885-4000) またはプロバイダーにご相談ください。

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구와 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-682-885-4000으로 전화하거나 서비스 제공 업체에 문의하세요.

ພາສາລາວ (Laotian)

ແຈ້ງໃຫ້ຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໄດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ມີໃຫ້ທ່ານ ຊຸບຂາດຊ່ວຍແລະບໍລິການທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ເຂົ້າໃຈ ງ່າຍ ກໍມີໃຫ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຊັ່ນກັນ ກະລຸນາໂທ 1-682-885-4000 ຫຼື ໃຫ້ສືບທະນາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ

فارسی (Persian)

توجه اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات رایگان کمک زبانی برای شما فراهم می باشد. ابزارها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس شما می باشند. با شماره 1-682-885-4000 تماس بگیرید یا با ارائه دهنده ی خدمات خود صحبت نمایید.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните 1-682-885-4000 или обсудите тему с поставщиком услуг.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, contamos con servicios gratuitos de asistencia lingüística para usted. Los servicios y las ayudas auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles también están disponibles libre de costo. Llame al 1-682-885-4000 o hable con el profesional de salud que lo atiende.

Tagalog (Tagalog)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Mayroon ding mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo na magbibigay ng impormasyon sa mga accessible na format na magagamit nang libre. Tumawag sa 1-682-885-4000 o makipag-usap sa provider mo.

اردو (Urdu)

توجه فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو زبانی معاونت کی مفت خدمات آپ کے لیے دستیاب ہیں۔ معلومات فراہم کرنے کے لیے قابل حصول فارمیٹس میں موزوں اضافی امداد اور خدمات بھی مفت میں دستیاب ہیں۔ 1-682-885-4000 پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tiếng Việt (Vietnamese)

NƠI NHẬN: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Các dịch vụ và hỗ trợ bổ sung thích hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-682-885-4000 hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.