



Enviar pedidos a:

Lucile Packard Children's Hospital (LPCH)
Medical Records - Rm 0252A, MC 5906
725 Welch Rd., Palo Alto, CA 94304 - 5654
Phone: (650) 497-8079

Esta autorización es para el uso o divulgación de información médica de:

Nombre del paciente: *Apellido:* _____ *Nombre de pila:* _____ *Inicial:* _____
Fecha de nacimiento: _____ *Núm. de teléfono:* _____ *Núm. de expediente médico:* _____

Por la presente autorizo a: LPCH, 725 Welch Road, Palo Alto, CA 94304

(Otro proveedor de atención médica) _____

a divulgar mi información médica a:

Attn Medical Records

CHILDREN'S HOSPITAL LOS ANGELES 4650 Sunset Blvd MS#46 Los Angeles CA 90027

(Nombre de la persona o entidad que recibe la información) Dirección Ciudad Estado Código postal

Indique su preferencia: Enviar antecedentes/fotografías/CD por correo a la dirección especificada arriba Ir al hospital para inspeccionar los antecedentes Retirar los documentos en persona

En ciertas circunstancias, es posible que LPCH deniegue su pedido de inspeccionar o copiar su información médica. Si se deniega el acceso, usted puede pedir que se reexamine tal negativa. Las instrucciones correspondientes al proceso de reexaminación se incluirán con el aviso de negativa. **Cierta información sobre la salud obtenida de adolescentes es confidencial y protegida según las leyes de confidencialidad del estado de California. Para los menores que son adolescentes, es posible que el médico elija no divulgar ninguna información confidencial para proteger la relación entre el doctor y el paciente o a favor de la salud y seguridad del paciente.**

Esta información es aplicable a los siguientes datos: all inpatient & outpatient

- Antecedentes médicos (*especifique*): medical records, laboratory tests, radiology reports, and other diagnostic evaluations
- Radiografías/CD (*Su pedido se enviará al Archivo de Radiología. Para preguntas, favor de llamar al 650-497-8578*). CD-ROM or film copies of all neuroimaging studies including head and spine MRI and CT scans
- Registro de cobranza (*Si pide el REGISTRO DE COBRANZA SOLAMENTE, favor de enviar su pedido por correo directamente a LPCH Billing Dept., 2690 Hanover Street, Palo Alto, CA 94304. Para preguntas, favor de llamar al 650-497-8123*).
- Otros datos médicos (*especifique*): _____

Se requiere una autorización específica para divulgar información sobre los siguientes datos:

(Marque la casilla que corresponda para especificar la información a divulgarse).

Firma

- psiquiátrica/salud mental _____
- drogadicción/alcoholismo _____
- resultado de la prueba del VIH (HIV) _____
- genética/inferilidad _____

El destinatario puede utilizar la información médica autorizada en este formulario para el siguiente propósito:(especifique): _____

Enviar pedidos a:

Lucile Packard Children's Hospital (LPCH)
Medical Records - Rm 0252A, MC 5906
725 Welch Rd., Palo Alto, CA 94304 - 5654
Phone: (650) 497-8079

ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA SALUD • DIVULGACIÓN
DE
INFORMACIÓN MÉDICA
HEALTH INFORMATION MGMT • DISCLOSURE OF HEALTH
INFORMATION

- Puedo rehusarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago, ni mi capacidad para inscribirme o ser elegible para un programa de beneficios.
- A menos que el uso o divulgación de la información médica esté específicamente autorizada por ley, legalmente el destinatario no podrá utilizar más ni divulgar la información médica sin obtener mi autorización nuevamente. Si se le permite al destinatario usar nuevamente o volver a divulgar la información, es posible que dicha información ya no quede bajo la protección de la ley federal de la privacidad (HIPAA).
- Esta autorización entra en vigencia de inmediato y permanecerá en vigor hasta _____ (Sin fecha especificada, estará vigente solamente por 6 meses a partir de la fecha de firmar este documento).
- Me reservo el derecho de retirar o revocar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto en la medida que LPCH ya haya divulgado la información. Debo presentar mi revocación a LPCH, HIMS Dept., 725 Welch Rd., Rm 0252A, MC 5906, Palo Alto, CA 94304-5654.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

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