



**AUTORIZACIÓN A NEMOURS PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (en imprenta)** **Número de registro médico:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre al momento del tratamiento (si es diferente del anterior): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. Pos: \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO O INDIVIDUO QUE ENVÍA LOS REGISTROS MÉDICOS (NOTA: EL ESTABLECIMIENTO SERÁ NEMOURS SI SE DEJA EN BLANCO)			ESTABLECIMIENTO O INDIVIDUO QUE RECIBE LOS REGISTROS MÉDICOS:		
Establecimiento o nombre:			Establecimiento o nombre:		
Domicilio:			Domicilio:		
Ciudad/Estado/Código Postal:			Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono #:		Fax:	Teléfono:		Fax:

**Enviar los registros médicos por:**  
**Opción preferida:**  CD  Fax  Papel  NemoursApp  Correo electrónico \_\_\_\_\_  
**Segunda opción:**  CD  Fax  Papel  NemoursApp  Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 \* Si la información solicitada no se puede producir fácilmente en el formato seleccionado, se enviará una copia impresa legible por correo postal.

**INFORMACIÓN QUE SE DEBE DIVULGAR: (marque todos los elementos que corresponda):**

Para el período de atención (indique las fechas): \_\_\_\_\_

Especifique el departamento, profesional *opcional*: \_\_\_\_\_

- Antecedentes y examen físico, consultas, informe de cirugía, estudios de diagnóstico, resumen de alta, informe de la sala de emergencias (Resumen del paciente hospitalizado)
- Todas las visitas al consultorio de cada división clínica, estudios de diagnóstico clave, informe de la sala de emergencias, informes de cirugía (Resumen del paciente ambulatorio)
- Resumen de alta  Visita al consultorio  Informe de cirugía  Informe de diagnóstico por imágenes  Imágenes
- Informes de laboratorio  Imágenes cardiológicas  Lista de información revelada  Lámina/Bloque para patología
- Otros (especificar): \_\_\_\_\_

**Las iniciales del Paciente o Padre/Representante legal son OBLIGATORIAS para dar a conocer lo siguiente:**

\_\_\_\_\_ Notas de trabajo social/psicología/psiquiatría \_\_\_\_\_ Evaluación psicológica y resultados  
 \_\_\_\_\_ Análisis genéticos \_\_\_\_\_ Informes de VIH/ETS \_\_\_\_\_ Resultados de drogas/alcohol

**Finalidad de la divulgación (especificar de acuerdo con las normas HIPAA):**

- Continuar la atención con otro médico/hospital  Transferencia a un consultorio nuevo de atención primaria
- Otro \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN:**

- Puedo anular esta autorización por escrito en cualquier momento enviando una notificación a la organización que envía la información, tal como se indica más atrás.
- Comprendo que anular esta autorización no afectará a la información ya compartida antes de recibir y procesar esta anulación.
- Entiendo que la información que se compartió puede ser compartida nuevamente y ya no estar protegida por normas de privacidad estatales o federales.
- Tengo derecho a inspeccionar o copiar la información que se utilizará/dará a conocer, tal como lo permiten las leyes federales.
- Puedo rehusarme a firmar esta autorización y esto es estrictamente voluntario.
- La autorización caducará 90 días después de la firma salvo que haya una indicación diferente (incluir fecha): \_\_\_\_\_
- Si no firmo este formulario, mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados.
- Si esta autorización fue iniciada por el profesional médico, recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

Firma del paciente/representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ AM/PM

Nombre del paciente/representante legal (en imprenta): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

<b>PARA <u>OBTENER</u> COPIAS DE REGISTROS MÉDICOS DE NEMOURS:</b> Fax: 302-651-4480 Correo electrónico: <a href="mailto:patientrecords@nemours.org">patientrecords@nemours.org</a> <b>NOTIFICACIÓN:</b> Es posible que esta solicitud tenga un costo. Para copia personal, CD/Fax/Correo electrónico/Papel: \$6,50	<b>PARA <u>ENVIAR</u> REGISTROS MÉDICOS A ESPECIALIDADES DE NEMOURS POR FAX:</b> ORL – (407) 650-7124 PNS – (850) 473-4543 DE – (302) 295-0718 JAX - (904) 697-3927	<b>PARA <u>ENVIAR</u> REGISTROS MÉDICOS A ATENCIÓN PRIMARIA DE NEMOURS POR FAX:</b> DE – (302) 298-8995 ORL/CHA – (321)388-0111
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Si tiene preguntas, comuníquese al 866-956-7299, opción 1**

**AUTORIZACIÓN A NEMOURS PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**Instrucciones para completar el formulario:

- Nombre del paciente completo, nombre al momento del tratamiento (si es diferente), fecha de nacimiento, teléfono, correo electrónico y domicilio. La sección de Número de registro médico será completada por el personal de HIM.
- ENVÍO/RECEPCIÓN de registros médicos: Indique el establecimiento o la persona que desea que envíe los registros en la casilla de la izquierda y el establecimiento o la persona que debe recibirlos en la casilla de la derecha.
- Información que se debe enviar:**
  - Indique las fechas de atención, si corresponde
  - Indique el o los departamentos o profesionales, si corresponde
  - Identifique los informes específicos que está solicitando
  - Debe incluir sus iniciales para que se dé a conocer la siguiente información: Solo recibirá copias de estos tipos de informes si están las iniciales.
- Finalidad de la divulgación de la información: especifique por qué está solicitando los informes
- Firmas: revise la sección de Autorización, firme y escriba su nombre, incluya la fecha y su relación con el paciente (si el paciente tiene más de 18 años, éste debe firmar la autorización).
  - NOTA: La autorización caducará 90 días después de la firma, salvo que haya una indicación diferente (*vea la sección 6, en autorización*).



**Si tiene preguntas, comuníquese al: 866-956-7299, opción 1**

**Aplicación de Nemours (Nemours App)**

Puede registrarse en Nemours App, un sitio y una aplicación seguros, confidenciales y fáciles de usar que les permiten a las familias acceder a partes seleccionadas de sus registros médicos, las 24 horas del día. Este programa **gratuito** está diseñado para ayudar a las familias a administrar y recibir fácilmente su información de salud importante. Obtenga acceso fácilmente a los registros médicos de su hijo, vea a un pediatra si lo necesita y consulte nuestro galardonado contenido educativo para ayudar a mantener la salud de su hijo.

Para comenzar, descargue la aplicación de Nemours (Nemours App) desde la tienda App Store de Apple o desde Google Play, o visite nuestro sitio en <https://app.nemours.org> y haga clic en el enlace de Registro (Sign Up).

**Aclaraciones:** EST: Estado; VIH: Virus de inmunodeficiencia humana; ETS: Enfermedad de transmisión sexual; HIPAA: Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico; HIM: Administración de la información de Salud; App: Aplicación

\*Nemours incluye: The Nemours Foundation, una corporación sin fines de lucro de Florida, sus divisiones operativas e instalaciones, y sus afiliadas y subsidiarias, incluidos The Nemours Children's Hospital, Delaware; Nemours Children's Hospital, Florida; Nemours Children's Hospital, Surgery Center, Bryn Mawr y Nemours Children's Hospital, Surgery Center, Deptford; así como todas las entidades que operan bajo el nombre Nemours Children's Health.