



* 2 0 0 4 0 1 *

AUTORIZACIÓN A NEMOURS PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (en impresa)

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: LIBERACIÓN AL PSIQUIATRA TRATANTE Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
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: Fax Papel MyChart de Nemours Children's Correo electrónico _____

Segunda opción: Fax Papel MyChart de Nemours Children's 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 Lámina/Bloque para patología Otros (especificar): _____

Las iniciales del Paciente o Padre/Representante personal 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): Copia Personal

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

Tenga en cuenta: Los registros médicos seleccionados anteriormente solo se liberarán si Nemours proporcionó tratamiento/servicios para el paciente.

AUTORIZACIÓN:

1. 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.
2. Comprendo que anular esta autorización no afectará a la información ya compartida antes de recibir y procesar esta anulación.
3. Entiendo que la información que se compartió puede ser compartida nuevamente y ya no estar protegida por normas de privacidad estatales o federales.
4. Tengo derecho a inspeccionar o copiar la información que se utilizará/dará a conocer, tal como lo permiten las leyes federales.
5. Puedo rehusarme a firmar esta autorización y esto es estrictamente voluntario.
6. La autorización caducará 90 días después de la firma salvo que haya una indicación diferente (incluir fecha): _____
7. Si no firmo este formulario, mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados.
8. Si esta autorización fue iniciada por el profesional médico, recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

Firma del paciente/representante personal: _____ Fecha: _____ HORA: _____ AM/PM

Nombre del paciente/representante personal (en impresa): _____ Relación con el paciente: _____

PARA <u>OBTENER</u> COPIAS DE REGISTROS MÉDICOS DE NEMOURS:	PARA <u>ENVIAR</u> REGISTROS MÉDICOS A ESPECIALIDADES DE NEMOURS POR FAX:	PARA <u>ENVIAR</u> REGISTROS MÉDICOS A ATENCIÓN PRIMARIA DE NEMOURS POR CORREO ELECTRÓNICO:
Fax: 302-651-4480	ORL – (407) 650-7124	NEMHIMReferralTeam@Nemours.org
Correo electrónico: patientrecords@nemours.org	PNS – (850) 476-4579	
NOTIFICACIÓN: Es posible que esta solicitud tenga un costo.	DE – (302) 295-0718	
Para copia personal, CD/Fax/Correo electrónico/Papel: \$6.50	JAX - (904) 697-3927	
Si tiene preguntas, comuníquese al 866-956-7299, opción 6	BY FAX: DE Valley (302)298-8995 ORL/CHA Primary Care (321)388-0111	

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 recibirlas 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*).

Nemours Children's MyChart

¿Sabía usted que ahora puede obtener una copia de los registros médicos de su hijo en tiempo real? Simplemente acceda a nuestra aplicación segura llamada Nemours Children's MyChart. Este programa le permite acceso las 24 horas para obtener copias y ver partes de los registros médicos de su hijo, programar consultas futuras, solicitar recetas para obtener más medicamentos y mucho más. Nemours Children's MyChart es gratuito y está disponible para todos los pacientes de Nemours y sus tutores legales.

Para comenzar a usar Nemours Children's MyChart, visite el sitio: <https://mychart.nemours.org/>

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 Children's incluye: The Nemours Foundation, una corporación sin fines de lucro de Florida, sus divisiones y establecimientos operativos, y sus filiales y sucursales, incluidos Nemours Children's Hospital, Delaware; Nemours Children's Hospital, Florida; Nemours Children's Hospital, Centro de Cirugía, Deptford; Nemours Children's Hospital, Centro de Cirugía, Malvern; y todas las entidades que operan bajo el nombre de Nemours Children's Health.