



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: CD Fax Papel NemoursApp Correo electrónico _____

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):

Atención continua con otro médico/hospital Transferencia de la atención 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:** _____

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