



**Arkansas Children's
Health Information Management 1
Children's Way Slot 109 Little Rock,
Arkansas 72202 Release of Information
Phone: 501-364-1268
Fax: 501-364-3968**

**Arkansas Children's
Health Information Management
2601 Gene George Blvd.
Springdale, AR 72762
Phone: 479-725-6533
www.archildrens.org**

For Official Use Only: MR#: _____ Acct #: _____

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION SOBRE LA SALUD
SE REQUIEREN TODOS LOS ELEMENTOS ANTES DE QUE SE DIVULGUE LA INFORMACION**

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Autorizo el uso/divulgación de la información sobre mi salud según se describe a continuación:

- ¿Quién está autorizado para usar/divulgar la información? **Arkansas Children's**
- ¿Quién está autorizado para recibir la información? **Nombre:** _____

Dirección Completa: _____

- Entiendo que me cobrarán el costo de las fotocopias de la información que ha sido entregada.
- Información específica a ser solicitada o divulgada:

Fechas de servicios: _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informe clínico | <input type="checkbox"/> Informe Operativo | <input type="checkbox"/> Placas de Radiología |
| <input type="checkbox"/> Sumario de alta | <input type="checkbox"/> Físico | |
| <input type="checkbox"/> Reporte de ER | <input type="checkbox"/> Record de Vacunas | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe de Rayos-X | |
| <input type="checkbox"/> Abstracto Médico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

- Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de cuidados de la salud un plan de salud cubierto por los reglamentos federales de privacidad, la información descrita anteriormente se puede divulgar y no estará protegida por dichos reglamentos.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que el hecho de negarme a firmar no afectará mis posibilidades de obtener tratamiento o pagos o mi elegibilidad para recibir beneficios. Puedo inspeccionar u obtener una copia de cualquier información usada/divulgada bajo esta autorización.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento entregando una copia de mi revocación al Arkansas Children's Hospital excepto en la medida en que se ha emprendido una acción confiando en esta autorización Esta autorización vence el: **Un año despues de firmado.**
- Entiendo que la información en mis archivos médicos podría incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humano (VIH). También podría incluir información sobre servicios de salud mental y comportamiento, y/o tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

POR FAVOR INCLUYA COPIA DE SU IDENTIFICACION CON FOTO

Firma del paciente o su representante
(Signature of Patient or Representative)

Fecha (Date)

Número de teléfono (Phone Number)

Parentesco con el paciente (Relationship to Patient)

Testigo: _____
(Witness)

Número de teléfono: _____
(Phone Number)

Fecha: _____
Date



AUTH.ROI

January 31, 2019

