

Fax: 540-667-3874 o

Fax: 855-482-8800 --

O puede enviar el formulario a:

dmancus3@jhu.edu



**Children's Heart Institute – Johns Hopkins Regional Physicians
Permiso para Divulgar Informacion**

Todos los campos marcados con un asterisco (*) son obligatorios.

*Nombre del paciente _____ *Fecha de nacimiento _____

*Numero de telefono: _____

*Direccion del paciente:

Numero y calle	Ciudad	Estado	Codigo Postal

*Yo autorizo a CHI-JHRP a compartir o divulgar la siguiente informacion con:

Doctor Telefono #: _____ Fax #: _____

Personal Correo postal ___ o Recoger en persona ___ o Fax #: _____

Legal Telefono #: _____ Fax #: _____

Discapacidad Telefono #: _____ Fax #: _____

Otro (Por favor especifique) _____

Divulgar copia de la siguiente informacion:

Registros medicos completos (fecha(s)) _____

EKG's.

Ultrasonidos (echos), Tilt Table, Autonomic, Stress, Holter or Events.

X-Rays (Rayos X)

Cauterizaciones

TEE's

Reportes de laboratorio

Nota (s):

Costos (si aplican) Paginas: 1-50: \$25.00 Paginas: 51-100 \$50.00 Paginas: +100 \$100.00

Pago: _____

Entiendo que, si la persona o agencia que recibe mi información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones de privacidad de HIPPA, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y ya no está protegida por estas regulaciones.

Entiendo que es necesaria una notificación por escrito para cancelar esta autorización. Soy consciente de que mi cancelación no será efectiva en cuanto a las divulgaciones ya realizadas en referencia a esta autorización

*Firma del paciente o persona autorizada _____ *Fecha _____

CHI-JHRP Staff Signature:

Received Date:

Processed Date: