

Children's Heart Institute

AUTORIZACIÓN PERMANENTE PARA DISCUTIR LOS DATOS DE LA SALUD CON INDIVIDUOS DESIGNADOS (*Standing Authorization to Discuss Health Information with Designated Persons*)

Llene todas las secciones de esta autorización que correspondan a su petición.

Nombre del pacient: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____
Calle y numero

Ciudad Estado Código postal

Para esta autorización, "**Mi Proveedor de Atención a la Salud**" significa: _____
Nombre del proveedor de atención a la salud
(*name of health care provider*)

Para esta autorización, "**Mis Datos de la Salud**" significa todo y cada informe tocante a mis exámenes y plan de tratamiento.
Si he colocado mis iniciales aquí (), "Mis Datos de la Salud" incluyen informes/registros del abuso de sustancias.
Si he colocado mis iniciales aquí (), "Mis Datos de la Salud" incluyen informes/registros de la salud mental.

Autorizo a mi proveedor de atención a la salud a discutir mis datos de la salud con la(s) persona(s) o entidad(es) identificadas a continuación, por motivos de información general y preguntas, para fijar citas, identificar medicamentos, discutir facturas y pagos y cualquier otro asunto relacionado.

(*I authorize My Health Care Provider to discuss My Health Information with the person(s) or entity identified below for general information and inquiries, arranging appointments, identifying medications, discussing billing and payment and any other related matter.*)

Nombre: _____ Nombre: _____
Parentesco: _____ Parentesco: _____
(*Relationship*) (*Relationship*)
Teléfono: _____ Teléfono: _____

Comprendo que:

- Esta autorización es voluntaria. El firmar o no firmar esta autorización no afectará mi tratamiento.
- Si no firmo esta autorización, mi proveedor de atención a la salud no divulgará mis datos de la salud, conforme al pedido.
- Esta autorización es válida hasta _____ (no debe exceder de 1 año en Maryland), a menos que yo revoque/retire esta autorización. Si no se incluye ninguna fecha en el espacio en blanco, esta autorización expirará un año después de la fecha de su firma. Podré revocar/retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan emprendido acciones antes de la recepción de la revocación/anulación, enviando por correo o por fax mi solicitud por escrito junto con una copia de la Autorización original al departamento u oficina donde se redactó o entregó mi Autorización.
- Una vez que Mis Datos de la Salud sean divulgados conforme a este pedido, puede ser que ya no estén protegidos por las leyes federales y estatales de la privacidad, y pueden ser divulgados de nuevo por el/los individuo/s que los reciban.
- Los datos clínicos divulgados pueden incluir información de un diagnóstico de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, la salud mental, el abuso de drogas o alcohol, etc.

Firma del paciente únicamente: _____ Fecha: ____/____/____

Si usted NO es el paciente, pero firma de parte de él/ella, por favor llene lo siguiente:

Yo, _____, soy el/la (marque lo que corresponda):
(Su nombre completo en letra de molde)

- ☐ **Padre/madre con derechos parentales** (no es suficiente para los registros de abuso de sustancias)
(Parent with Parental Rights) (not sufficient for substance abuse records)
- ☐ **Pariente registrado para el cuidado de familiares** (solo Maryland) (no es suficiente para los registros de abuso de sustancias) (Registered Kinship Care Relative) (MD only) (not sufficient for substance abuse records)
- ☐ **Tutor legal**
(Legal Guardian)
- ☐ **Agente de atención de la salud legalmente designado** (no es suficiente para los registros de abuso de sustancias)
(Legally Appointed Healthcare Agent) (not sufficient for substance abuse records)
- ☐ **Poder médico notarial** (no es suficiente para los registros de abuso de sustancias)
(Medical Power of Attorney) (not sufficient for substance abuse records)
- ☐ **Poder legal con derecho a ver registros médicos** (no es suficiente para los registros de abuso de sustancias)
(Power of Attorney with Right to See Medical Records) (not sufficient for substance abuse records)
- ☐ **Sustituto encargado de la toma de decisiones** (no es suficiente para los registros de salud mental (Maryland o DC) ni registros de abuso de sustancias)
(Surrogate Decision Maker) (not sufficient for mental health records (MD or DC) or substance abuse records)
- ☐ **Representante personal de fallecido nombrado por un tribunal**
(Court Appointed Personal Representative of Deceased)

Firma del representante: _____ Fecha: ____/____/____
(Representative's Signature)

Dirección: _____ Teléfono: _____

De no ser el padre o la madre, usted TIENE QUE adjuntar prueba de su autoridad para actuar de parte del paciente, tal como lo indica arriba.