



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

Solamente para uso oficial: MR# _____ Cuenta# _____

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD A LAS ESCUELAS
SE REQUIEREN TODOS LOS SIGUIENTES ELEMENTOS ANTES DE DIVULGAR LA INFORMACION

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

1. ¿Quién está autorizado para divulgar la información?

Arkansas Children's Hospital Y Proveedores de cuidados de salud y aquellos que dan servicios de salud (enfermeras de las escuelas y terapeutas ocupacional, física y del habla, etc.) en el distrito escolar de

2. ¿Quién está autorizado para recibir la información?

Arkansas Children's Hospital **Y**
 Arkansas Children's Hospital
 1 Children's Way, Slot 109
 Little Rock, AR 72202

Proveedores de cuidados de salud y aquellos que dan servicios de salud, en el distrito escolar de

3. La información específica que se solicita o se divulga:

Listar las fechas de Servicio:

- Todo ___/___/___ a ___/___/___ Mantenerla para cita pendiente
- Resumen al dar de alta Informe de Urgencias Planes de Acción del Tratamiento
 Historial y Examen Físico Informe Clínico Otro _____
 Instrucciones al dar de alta

4. La información se necesita para:

La continuidad de cuidado y cualquier preparación o instrucción necesaria en el ambiente escolar

5. Yo Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es una entidad cubierta por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente podría divulgarse nuevamente y no estaría protegida por estas regulaciones.

6. Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y el negarme a firmar no afectará mi habilidad de obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad de beneficios Yo puedo inspeccionar u obtener una copia de cualquier información usada/divulgada bajo esta autorización.

7. Yo 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 se vence: 1 año después de la fecha en que se firmó.

8. Yo Entiendo que la información en mi récord médico puede incluir información relacionada a las enfermedades transmitidas sexualmente, al síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), o al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede también incluir información acerca de servicios de comportamiento o salud mental y/o tratamiento para abuso de alcohol y drogas

 Firma del Paciente o Representante

 Fecha

 Teléfono

 Parentesco con el paciente

Testigo: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____



AUTH.ROI

