



Numero de historia CLINICA:

Nombre del paciente:

Divulgación por medio digital de información médica electrónica en paquete de archivos

El paquete de archivos contiene toda la información médica y de facturación que se encuentra en su expediente médico legal y de facturación de Stanford Medicine Children's Health & Packard Children's Health Alliance.

Al completar y firmar este formulario, da su autorización para que su información médica electrónica sea divulgada en la forma descrita en este documento. Lea atentamente cada sección y rellene las secciones necesarias antes de firmar el documento. Escriba de forma clara y legible, y firme este documento en la última página.

SECCIÓN A: DATOS DEL/DE LA PACIENTE**Nombre del/de la paciente: Apellido(s):** _____ **Nombre: Inicial del segundo nombre:** _____**Fecha de nacimiento:** _____ **Número de teléfono:** _____ **Número de expediente médico:** _____**Indique si el/la paciente nació de un parto múltiple:** _____☐ Mellizos/as ☐ Otro: _____
☐ Trillizos/as**SECCIÓN B: AUTORIZACIÓN**

****Marque la casilla junto a la manera en que desea que se divulgue su información.**

USTED DA SU AUTORIZACIÓN PARA QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA ELECTRÓNICA SEA DIVULGADA DE LA SIGUIENTE MANERA:

☐ **En su portal digital de salud de Stanford Medicine Children's Health
(My Chart, por ejemplo)**☐ **En un dispositivo de almacenamiento de datos USB**

Por favor, especifique la persona o institución que usted autoriza para recibir su información de salud.

DIVULGAR A: _____
(Persona/organización autorizada para recibir la información)

en la siguiente dirección: _____

(Calle)

(Ciudad, estado y código postal)

SECCIÓN C: LA INFORMACIÓN DE SALUD

Rellene la opción de las siguientes páginas que corresponda para especificar qué tipo de información médica desea usted que se divulgue. Hay determinada información médica cuya divulgación exige que usted nos lo indique específicamente, como, por ejemplo, información genética (por ejemplo, resultados de pruebas de trastornos hereditarios), resultados de análisis con información delicada o confidencial (por ejemplo, resultados de exámenes de VIH), información delicada o confidencial (por ejemplo, servicios de planificación familiar) y cierta información sobre salud mental. Si desea que se divulgue este tipo de información, necesitará indicarlo por separado en las casillas C.1, C.2, C.3, y C.4, más abajo. **Debe marcar la casilla y al lado de la casilla, poner sus iniciales, para autorizar la divulgación de la información descrita.**

Los archivos de su información médica electrónica no pueden dividirse por fechas ni por entidad específica de Stanford Medicine Children's Health donde haya recibido atención médica, sino que incluirá el expediente médico completo.

☐ _____ Marque aquí y **escriba sus iniciales** junto a la casilla si desea la divulgación de la totalidad de su expediente médico y de facturación.

C.1: Información de salud mental

☐ _____ Marque aquí y **escriba sus iniciales** junto a la casilla si se le proporcionaron servicios psiquiátricos en alguna clínica psiquiátrica de SMCH y desea que se divulguen estos datos. Tenga en cuenta que el/la médico/a, el/la psicólogo/a, el/la asistente social o el/la terapeuta matrimonial/familiar pueden denegar el acceso a los datos si se considera que podrían tener un efecto contraproducente en la relación profesional con el/la paciente.

NOTA IMPORTANTE SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL: Si recibió servicios de salud mental, por ejemplo, una consulta psiquiátrica, como paciente ingresado/a o como paciente externo/a en una de las clínicas ambulatorias que no sean las clínicas psiquiátricas ambulatorias de SMCH, las notas de salud mental en su expediente general serán divulgadas si usted marca la casilla para divulgar su expediente médico completo. Divulgaremos toda la información contenida en el expediente general, que puede incluir notas de salud mental, si le atendieron en lugares que no fueran la unidad psiquiátrica para pacientes hospitalizados/as o la clínica psiquiátrica ambulatoria. Si usted autoriza la divulgación de información, no excluirémos ni suprimiremos de ella ninguna información incluida en el expediente médico general ni las notas de salud mental que haya en el expediente. Le recomendamos que pida una copia de su información y la revise antes de autorizar su divulgación a otras personas.

C.2: Información confidencial de análisis clínicos (por ejemplo, resultados de la prueba del VIH)

- ☐ _____ Marque esta casilla y **escriba sus iniciales** junto a la casilla si le han hecho exámenes de VIH y desea que los resultados de dichos exámenes formen parte de la información a divulgar.

C.3: Información genética (por ejemplo, resultados de pruebas de trastornos hereditarios)

- ☐ _____ Marque aquí y **escriba sus iniciales** junto a la casilla si se le hicieron pruebas de trastornos hereditarios y quiere que se divulguen. Las pruebas de trastornos hereditarios comprenden análisis de detección prenatales, neonatales, en la niñez y la edad adulta, así como los servicios de asesoramiento genético provistos en el Departamento de asesoramiento genético (todos los resultados y registros que se generen como parte del Programa de trastornos hereditarios). La divulgación de esta información puede presentar los siguientes riesgos: que la persona que reciba la información vuelva a divulgarla, que se pierdan o se pongan en peligro los beneficios del seguro médico o la situación de empleo. Entre los beneficios de la divulgación de esta información se encuentran los siguientes: la predeterminación de enfermedades genéticas, la coordinación de la atención médica y las opciones de tratamiento.

C.4: Información confidencial (por ejemplo, servicios de planificación familiar)

- ☐ _____ Marque aquí y **escriba sus iniciales** junto a la casilla si desea que se divulguen sus registros de información confidencial. Esta información confidencial incluye, entre otros, los datos siguientes: antecedentes sociales, antecedentes sexuales, antecedentes de consumo de drogas y de drogadicción. Además, se incluirán datos sobre servicios que haya podido recibir, como los provenientes del programa PACT familiar de California (Planificación familiar, acceso, atención y tratamiento), que pueden incluir servicios clínicos, servicios de medicamentos y suministros o servicios de laboratorio prestados en la Clínica de ginecología o en la Clínica de endocrinología reproductiva e infertilidad o REI. Si un/a menor ha recibido servicios de planificación familiar, la divulgación de esta información exigirá la autorización del o de la menor.

Tenga en cuenta que el/la médico, médica, psicólogo, psicóloga, asistente social o terapeuta matrimonial o de familia que le haya atendido puede negarse a divulgar su información.

SECCIÓN D: VENCIMIENTO

Esta autorización vencerá automáticamente una vez que Stanford Medicine Children's Health le proporcione a usted su información médica electrónica.

SECCIÓN E: SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD Y OBSERVACIONES SOBRE LA TRANSFERENCIA DE ARCHIVOS DE INFORMACIÓN MÉDICA ELECTRÓNICA

- Puede negarse a firmar esta autorización, sin que su negativa afecte en modo alguno su capacidad de recibir tratamiento, los pagos por parte de su seguro médico o su elegibilidad de beneficios.
- Tiene el derecho de anular esta autorización en cualquier momento antes de que se realice el envío del/de los archivo(s) que contiene(n) su información médica electrónica. Esta autorización vencerá una vez que se realice el envío del/de los archivo(s) que contiene(n) su información médica electrónica.
- Tiene usted el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Es posible que la información que se encuentre en el archivo que le enviemos no sea inteligible, puesto que los datos sin procesar están en un formato que solo es legible por computadora.
- En el archivo puede haber información de la que usted no haya hablado con sus profesionales de atención médica.
- En el archivo puede haber información que usted no quiera compartir con otras personas.
- El archivo puede contener errores imprevistos, inesperados, como, por ejemplo, cambios involuntarios en el texto o en los datos, información no apta para su divulgación, falta de información u otros errores.

SECCIÓN F: PRECAUCIONES ANTES DE FIRMAR

- La información sobre su salud que será divulgada como resultado de su firma en este formulario de autorización puede volver a ser divulgada por la persona que la reciba. Si ese fuera el caso, su información ya no se encontraría bajo la protección de las leyes de privacidad estatales ni federales. Le rogamos tenga en cuenta que deberá ponerse en contacto directamente con la persona o institución a quien vaya dirigida la información médica si desea usted imponer alguna restricción sobre el uso que pueda hacer de dicha información.
- Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad, le rogamos se ponga en contacto con el Departamento de cumplimiento normativo y privacidad de la asistencia sanitaria de Stanford (*Stanford Health Care Compliance & Privacy Department*), llamando al (650) 724-2572.
- Si tiene preguntas sobre este documento de autorización, póngase en contacto con el Departamento de cumplimiento normativo y privacidad de la asistencia sanitaria de Stanford (*Stanford Health Care Compliance & Privacy Department*). Si tiene preguntas sobre la divulgación de la información de su expediente médico, póngase en contacto con el Departamento de gestión de la información médica de Stanford Children's Health (HIMS), llamando al 650-497-8079.

SECCIÓN G: CONFIRMACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Por favor, escriba la fecha y firme este formulario con el fin de autorizar a Stanford Medicine Children's Health a divulgar su información médica en los términos establecidos en este formulario.

Nombre del o de la paciente (favor de escribirlo en letra de molde): _____

Nombre del/de la representante legal que firma este formulario, si corresponde (favor de escribirlo en letra de molde): _____

Parentesco o relación con el/la paciente: _____

Dirección del o de la paciente o del/de la representante legal que firma este formulario (favor de escribirlo en letra de molde): _____
letra de molde): _____

Teléfono del o de la paciente o del/de la representante legal que firma este formulario (favor de es cribirlo en

Si usted no es el/la paciente y firma este formulario de autorización, describa su autoridad para firmar en nombre del/de la paciente y **PROPORCIONE COMPROBANTES O DOCUMENTACIÓN LEGAL DE JUSTIFICACIÓN:**

Firma del/de la paciente o de su representante legal:

Fecha: _____

DEBE ENTREGARSE AL/A LA SOLICITANTE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN.

Patient/Representative Identification Verified: SMCH ROI Staff Initials: _____

Stanford Medicine Children's Health (SMCH) Health Information Management
Services

(Servicios de gestión de la información médica) 4700 Bohannon Drive
Mail Code 5900 Menlo Park, CA 94025 Teléfono: 650-497-8079