

PARA: _____
(Nombre De Institucion)



EL ABAJO POR ESTE MEDIO AUTORIZA AL MIAMI CHILDREN'S HOSPITAL A REVELAR/REQUERIR INFORMACION QUE APARECE EN LOS REGISTROS DEL PACIENTE, EL CUAL PUEDE INCLUIR INFORMACION PSIQUIATRICA O DE ABUSO DE DROGAS DEL PACIENTE Y/O DE LOS PADRES, PRUEBAS DE HIV, INFORMACION DE DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO Y/O INFORMACION RELACIONADA CON EL SIDA.

NOMBRE DEL PACIENTE(EN LETRA DE IMPRENTA) _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE Y DIRECCION DE PERSONA O INSTITUCION A QUIEN SE LE PUEDE DAR LA INFORMACION: _____

ESPECIFIQUE EL TIPO DE INFORMACION QUE DEBEMOS REVELAR Y LA FECHA DEL SERVICIO: _____

PROPOSITO Y NECESIDAD DE REVELAR LA INFORMACION:

CUIDADOS DE SALUD PAGADO POR TERCERA PERSONA OTRO (ESPECIFIQUE)

FECHAS DE HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO : _____

ESTE CONSENTIMIENTO ESTA SUJETO A REVOCACION EN CUALQUIER MOMENTO EXCEPTO EL ALCANCE DE AL ACCION QUE YA SE HAYA TOMADO:

FIRMA DEL PACIENTE		FECHA	
X			
PADRES, GUARDINA U OTRO REPRESENTANTE LEGAL	RELACION CON EL PACIENTE	TELEPHONO#	FECHA
X			
TESTIGO			FECHA
X			

LA AUTORIZACION DEBE SER FIRMADA Y FECHADA POR EL PACIENTE, UNO DE LOS PADRES O EL GUARDIAN//REPRESENTANTE LEGAL Y DEBE SER FIRMADA EN PRESENCIA DE UN TESTIGO. LA AUTORIZACION DEBE TENER FECHA POSTERIOR A LA FECHA DE LA VISITA DE LA CUAL SE SOLCITA INFORMACION. UNA COPIA FOTOSTATICA DE ESTA AUTORIACION DEBERA TENER LA MISMA VALIDEZ QUE EL ORIGINAL.

Entiendo que esta autorización caduracá en ____/____/____.
Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento antes de la fecha de caducidad, excepto en el caso de acciones tomadas en confianza de esta autorización. También entiendo que el revocar esta autorización no impactará acciones que el Miami Children's Hospital haya tomado con anterioridad al recibo de la revocación.

NAME:

M.R. #:

ACCT #:

D.O.B.:

AGE:

**CONSENTIMIENTO PARA REVELAR/
PEDIR INFORMACION**