



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A LA ESCUELA O AL CAMPAMENTO

Se deben completar todos los campos; de lo contrario, no se aceptará la divulgación

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
Dirección del paciente	Correo electrónico
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

Con mi firma, autorizo a Sinai Hospital of Baltimore, Inc., Pediatric Endocrine Division (“Sinai”) a entregar copias de las historias clínicas a:

Nombre de la escuela o campamento	() Número de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal () Número de fax

El propósito de dicha divulgación es facilitar a la enfermera de la escuela o del campamento la administración de medicamentos al paciente de forma segura.

Sinai está autorizado a divulgar solo aquellas historias clínicas del paciente que sean necesarias, según lo determine Sinai, para que la enfermera de la escuela o del campamento pueda administrar medicamentos al paciente de forma segura, lo que puede incluir notas del consultorio y órdenes de medicamentos.

Nombre en letra de imprenta	Relación con el paciente
Firma	<input type="checkbox"/> Envíe el formulario de solicitud de medicamentos completado a través del portal de pacientes. Confirmo que tengo acceso
	<input type="checkbox"/> Vendré al consultorio a recoger el formulario de solicitud de medicamentos completado. Llámenme
	<input type="checkbox"/> He proporcionado un sobre con mi dirección para el formulario de solicitud de medicamentos. Envíelo por correo

Relación con el paciente

- Envíe el formulario de solicitud de medicamentos completado a través del portal de pacientes. Confirmo que tengo acceso
- Vendré al consultorio a recoger el formulario de solicitud de medicamentos completado. Llámenme
- He proporcionado un sobre con mi dirección para el formulario de solicitud de medicamentos. Envíelo por correo

Esta autorización será válida durante 1 año a partir de la fecha indicada, a menos que yo especifique un período más corto.

Puedo revocar esta autorización para divulgar información en cualquier momento, por escrito, como se establece en la Declaración de Prácticas de Privacidad de LifeBridge Health, de la que se me ha proporcionado una copia. Entiendo que autorizar la divulgación de la información anteriormente mencionada es voluntario y que Sinai no puede supeditar el tratamiento del paciente a que yo firme esta autorización.

No se autoriza la posterior difusión o copia de la información divulgada sin el consentimiento específico del paciente o de su representante autorizado, tal como se establece en el Artículo 4-302(d) del Código General de Salud de Maryland.