

# Ronald McDonald House Oklahoma City

## CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

CONSENT TO RELEASE INFORMATION

### Información del paciente | Patient Information

Nombre completo del paciente / Patient's Full Name

Fecha de nacimiento / Date of Birth

Padre/madre o tutor legal (o paciente si tiene 18 años o más) / Parent/Legal Guardian (or Patient if age 18 or older)

### Autorización | Authorization

| ESPAÑOL (PRINCIPAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENGLISH (REFERENCE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autorizo al médico, hospital, clínica, trabajador social, coordinador de casos, personal de enfermería u otro proveedor de atención médica autorizado de mi hijo(a) a divulgar a Ronald McDonald House Oklahoma City (RMH OKC) la información necesaria para determinar la elegibilidad para el hospedaje y coordinar la estancia de nuestra familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | I authorize my child's physician, hospital, clinic, social worker, case manager, nurse, or other authorized healthcare provider to release information to Ronald McDonald House Oklahoma City (RMH OKC) that is necessary to determine eligibility for lodging and coordinate our family's stay.                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>La información que se puede divulgar incluye, entre otros datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verificación de la cita médica, hospitalización, procedimiento o tratamiento del paciente.</li><li>• Confirmación de las fechas previstas de ingreso, cita, tratamiento o alta.</li><li>• Calendario de tratamiento previsto o duración anticipada de la estancia.</li><li>• Inquietudes médicas, sociales, conductuales o de seguridad que puedan afectar la estancia de mi familia.</li><li>• Otra información razonablemente necesaria para determinar la elegibilidad o coordinar los servicios para huéspedes.</li></ul> | <p>Information that may be released includes, but is not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verification of medical appointments, hospitalization, procedures, or treatment.</li><li>• Anticipated admission, appointment, treatment, or discharge dates.</li><li>• Expected treatment schedule or length of stay.</li><li>• Medical, social, behavioral, or safety concerns that may affect the stay.</li><li>• Other information reasonably needed to determine eligibility or coordinate guest services.</li></ul> |
| Autorizo al personal de Servicios para Huéspedes de RMH OKC a comunicarse con el equipo de atención médica de mi hijo(a) sobre asuntos relacionados con nuestra elegibilidad para el hospedaje y la continuación de nuestra estancia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | I authorize RMH OKC Guest Services staff to communicate with my child's healthcare team regarding our eligibility for lodging and continued stay.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

*Consent to Release Information — continuación / continued*

### Reconocimiento | Acknowledgment

| ESPAÑOL (PRINCIPAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ENGLISH (REFERENCE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Entiendo que Ronald McDonald House Oklahoma City no es un proveedor de atención médica ni un centro de tratamiento y no conserva expedientes médicos. La información recibida se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad, coordinar el hospedaje, procurar la seguridad y el bienestar de los huéspedes y apoyar la estancia de mi familia.                                                                                                                                                                                                               | <i>I understand that Ronald McDonald House Oklahoma City is not a healthcare provider or treatment facility and does not maintain medical records. Information received will be used only to determine eligibility, coordinate accommodations, ensure guest safety and well-being, and support my family's stay.</i>                                                       |
| Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a Ronald McDonald House Oklahoma City. Sin embargo, debido a que RMH OKC requiere comunicación continua con el equipo de atención médica de mi hijo(a) para verificar la elegibilidad, la revocación hará que mi familia deje de ser elegible para permanecer en RMHC Oklahoma City o recibir sus servicios de hospedaje. La revocación no afecta la información divulgada anteriormente ni aquella en la que RMHC OKC se haya basado antes de la fecha de revocación. | <i>I may revoke this authorization at any time by written notice. Because RMH OKC requires ongoing communication with my child's healthcare team to verify lodging eligibility, revocation will make my family ineligible to remain at or receive lodging services from RMHC Oklahoma City. Revocation does not affect information previously released or relied upon.</i> |
| Esta autorización permanecerá vigente hasta que ocurra primero uno de los siguientes hechos: (1) que transcurra un año desde la fecha de la firma; (2) que concluya el tratamiento del paciente que requiere hospedaje en RMH OKC; o (3) que la persona abajo firmante revoque la autorización por escrito.                                                                                                                                                                                                                                                            | <i>This authorization remains effective until the earliest of: one year from the date signed, the conclusion of treatment requiring RMH OKC lodging, or written revocation by the undersigned.</i>                                                                                                                                                                         |

### Firma | Signature

**Padre/madre o tutor legal (o paciente si tiene 18 años o más)** / Parent/Legal Guardian (or Patient if age 18 or older)

**Nombre en letra de molde** / Printed Name

**Firma** / Signature

**Relación o parentesco con el paciente** / Relationship to Patient

**Fecha** / Date

### Para el trabajador social o proveedor médico | For Social Worker or Medical Provider

| ESPAÑOL (PRINCIPAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ENGLISH (REFERENCE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Proporcione cualquier verificación solicitada relacionada con la atención médica del paciente y las fechas previstas de tratamiento. Devuelva esta autorización completa a:<br><br>Ronald McDonald House Oklahoma City<br>Departamento de Servicios para Huéspedes<br>Correo electrónico: <a href="mailto:release@rmhc-okc.org">release@rmhc-okc.org</a> | <i>Please provide requested verification related to the patient's medical care and anticipated treatment dates. Return this completed authorization to:</i><br><br><i>Ronald McDonald House Oklahoma City<br/>Guest Services Department<br/>Email: <a href="mailto:release@rmhc-okc.org">release@rmhc-okc.org</a></i> |
| El personal de Servicios para Huéspedes de RMH OKC puede comunicarse con su oficina si necesita información adicional para verificar la elegibilidad del paciente para el hospedaje o la continuación de su estancia.                                                                                                                                    | <i>RMH OKC Guest Services may contact your office if additional information is needed to verify lodging eligibility or continued stay.</i>                                                                                                                                                                            |