

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

1 Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Cód.: _____
 Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

2 Propósito de solicitar Información: Jurídico Seguro Personal Continuidad de la Atención Médica Otro
 Por favor complete la siguiente sección, usando un formulario diferente para cada remitente o recipiente de los expedientes médicos.
 Este formulario puede ser usado para los expedientes de St. Charles Health System o los expedientes de otros profesionales médicos.

3 Marque uno: DE PARA
 St. Charles Health System:
 St. Charles Bend hospital
 St. Charles Redmond hospital
 St. Charles Madras hospital
 St. Charles Prineville hospital
 St. Charles Sage View
 St. Charles Medical Group: escriba el/los nombre/s de la/s clínica/s _____

4 Marque uno: DE PARA
 El mismo nombre y dirección que aparece anteriormente Otro
 Nombre del Remitente/Recipiente: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____
 Correo Electrónico: _____

5 Período de las Fechas de los Servicios : _____ a _____

Autorizo a que se entregue la siguiente información del/de los expediente(s) médico(s)

Si no se especifica – se entregará el expediente con la fecha más reciente de cada área solicitada a continuación.

Nota: Puede haber cobros oficiales por las copias conforme con las leyes federales/estatales

6 Resumen de la Atención en el Hospital (Incluye: Resumen del Alta, Historial y Examen Físico, Informe(s) Operativo(s), Informe de Anestesia, Consultas, Resultados de Exámenes de Diagnóstico, Radiología, Laboratorio, etc.)
 Resumen Clínico: (Incluye: Notas Clínicas/ Administrativas, Consultas, Resultados de Pruebas de Diagnóstico, Radiología, Laboratorio, Electrocardiograma etc.)
 Expediente de la Sala de Emergencias
 Informe(s) de Radiología
 Radiografías/estudios por imágenes/registros
 Registros Detallados de la Facturación y Cobros
 Informe Médico Legal y Jurídico Completo
 Complete Legal Medical Record
 Únicamente los últimos dos años de los Expedientes Médicos Legales
 Otro: _____

INSTRUCTIONS

1. Escriba el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección, el correo electrónico (si corresponde) y el número de teléfono del paciente del que se solicitan los expedientes que se van a enviar o recibir.
2. Seleccione el propósito de su solicitud: jurídico, seguro médico, personal, para continuar con la atención médica u otro (por favor especifique).
3. Marque el cuadro "De" o "Para", después identifique y entregue la información para contactar al remitente o al recipiente del expediente médico, según corresponda.
4. Marque el cuadro "De" o "Para", después identifique y entregue la información para contactar al remitente o al recipiente del expediente médico, según corresponda.
5. Ingrese el período de las fechas en que recibió los servicios que usted está solicitando.
6. Esta es la información mínima que los profesionales de la salud solicitan por lo general. Marque el cuadro/los cuadros indicando qué tipo de expedientes usted desea.



Entiendo que los expedientes médicos pueden incluir información confidencial o especialmente protegida. Por favor ponga sus iniciales en los tipos de información confidencial que a usted le gustaría dar a conocer.

En algunos casos, el estado y la ley federal protegen la siguiente información. Si esta información está relacionada con usted, por favor indique si desea que se entregue dicha información:

- | | | |
|--|-------|---------------------|
| Expedientes de Abuso de Alcohol, Drogas o Sustancias | _____ | Requiere la Inicial |
| Expedientes de la Prueba del VIH | _____ | Requiere la Inicial |
| Expedientes de Salud Mental | _____ | Requiere la Inicial |
| Expedientes de Estudios Genéticos | _____ | Requiere la Inicial |

Al firmar esta autorización entiendo que:

- Las solicitudes de copias de los expedientes médicos están sujetas a cobros de reproducción de acuerdo con las leyes federales y estatales.
- Tengo derecho a anular (desistir o cambiar de parecer) esta autorización en cualquier momento. Para hacerlo debo enviar una anulación por escrito y entregarla o enviarla por correo a St. Charles Health System Manager of Health Information Management.
- Si pido anular una autorización que yo ya firmé en una fecha anterior, la solicitud a revocar no es válida para los expedientes que ya fueron copiados y entregados como resultado de la solicitud original ya autorizada.
- A menos que yo anule esta autorización, ésta vencerá en la siguiente fecha o evento: _____.
Si no se especifica una fecha de vencimiento, esta autorización será válida durante un año a partir de la fecha en que se firmó.
- El derecho a tratamiento médico, reembolso, registro o calificación para beneficios no se determinará basándose en que si yo firmo o no este formulario de autorización.
- Entiendo que las leyes federales de confidencialidad no protegen la información médica que he autorizado para ser entregada cuando la organización o la persona que está recibiendo la información la emite nuevamente.

Formato del Expediente (Si no lo indica, automáticamente se entregará una copia en papel):

- Papel CD No se solicitó expediente

Opciones de Entrega (Atención: Puede haber cobros oficiales por copias de acuerdo a las leyes federales y estatales)

- Correo Fax Recoger

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha

Nombre

Parentesco con el Paciente (si corresponde)

(For Office Use Only)

Name of Caregiver Accepting Authorization:

Department

Nota: Este formulario es parte permanente del expediente médico.

St. Charles Health Information Management | 2500 NE Neff Road, Bend, OR 97701 | Phone: 541-382-4321 ext. 7784

INSTRUCTIONS CONT.

7. En algunos casos, un profesional de la salud no puede entregar estos tipos de expedientes cuando no se ponen las iniciales.
8. Marque el cuadro para indicar la forma en que usted desea que se envíen o reciban los expedientes. Nota: Sólo se envían faxes a otros profesionales de la salud.
9. La persona que autoriza la entrega de información debe firmar, poner la fecha, escribir su nombre e indicar el parentesco con el paciente. No se puede entregar expedientes de tratamientos de abuso de drogas y alcohol de un menor de 14 años o más, ni tampoco expedientes médicos de ningún tipo de un menor de 15 años o más, sin la autorización por escrito del menor si es que dicho menor accedió por sí solo al tratamiento asociado con los expedientes. St. Charles se reserva el derecho de rechazar este formulario de autorización si la autoridad legal del representante no puede validarse.
10. El empleado de St. Charles que acepta esta entrega de información debe firmar y documentar el departamento.