3600

Providence

Solicitud del paciente para acceder a/divulgar un conjunto de registros designado

Al completar este documento, autoriza la divulgación o el uso de información médica sobre usted. Si no proporciona toda la información solicitada, esta autorización podría quedar sin efecto.

NOTA: Si usted es un paciente/representante de un paciente que solicita registros médicos para uso personal, es posible que se cobre un cargo por la generación de los registros médicos.

La información solicitada en esta solicitud del paciente para acceder a/divulgar un conjunto de registros designados se basa en los requisitos establecidos por las normativas estatales y federales.

Puede adjuntar una página adicional si se necesita más espacio del proporcionado en el formulario de solicitud. Si solicita registros de un paciente fallecido, deberá adjuntar una copia del certificado de defunción; una copia del poder notarial, fideicomiso o testamento, si está disponible; la licencia de conducir de la persona que solicita los registros médicos; junto con el formulario de solicitud completado.

Envíe este formulario SOLAMENTE para **St. Joseph Hospital and/or Redwood Memorial Hospital solicitudes de registros médicos del hospital** a:

St. Joseph Hospital
HIM - ROI
2700 Dolbeer Street
Eureka, CA 95501
Correo electrónico: ROI.Humboldt@PROVIDENCE.ORG
Teléfono: (707) 445-8121 (Ext. 7510) **I Fax:** (707) 269-3896

Tenga en cuenta: PSJH ya no imprime ni divulga números de seguro social de pacientes a menos que sea necesario para la facturación. Sin embargo, los números de seguro social pueden incluirse en los registros médicos que tengan más de algunos años de antigüedad.

Es posible que los registros médicos que solicita no estén disponibles debido a los requisitos de retención estatales.

El destinatario podría volver a divulgar la información divulgada conforme a esta autorización. Dicha nueva divulgación en algunos casos no está protegida por la ley estatal y puede que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]).

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TYY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

注意：如果您講中文, 我們可以給您提供免費中文翻譯服務, 請致電 888-311-9127 (TYY: 711)

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ACCEDER A/DIVULGAR UN CONJUNTO DE REGISTROS DESIGNADO

EXPLICACIÓN:

Se le solicita esta autorización para cumplir con las reglamentaciones estatales y federales.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento:	
Nombres anteriores utilizados:	N.º de teléfono:	
Domicilio del paciente:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:@		

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:

Por la presente autorizo a PSJH a divulgar mis registros médicos a: ☐ Mí O ☐ El siguiente destinatario:

Nombre del destinatario	Atención:	
Dirección del destinatario:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: Fax:		
Opción de entrega: ☐ MyChart ☐ Papel (correo) ☐ CD (correo) ☐ FAX ☐ Correo electrónico: _____@_____		

INFORMACIÓN A DIVULGAR:

Solicito información de los siguientes hospitales:

Enumere los hospitales	Especifique las fechas de tratamiento

INFORMACIÓN A DIVULGAR (marque una sola casilla en esta sección):

☐ Información pertinente **(Esto es lo que necesitan la mayoría de los pacientes y médicos)**. Resumen del alta hospitalaria, informe del Departamento de Emergencias, antecedentes y exploración física, consultas, informes quirúrgicos, análisis de laboratorio, informes radiológicos, EEG, EMG, ECG, informes de anatomopatología. (Se puede cobrar un cargo)

☐ Registro médico completo **(Incluye la información pertinente más toda la demás documentación del registro médico).** (Se puede cobrar un cargo)

☐ Otra (especifique): _____

☐ Últimos dos años solamente **(Especifique el paquete de impresión):**
☐ Información pertinente ☐ Registro médico completo

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN ADICIONAL PARA LO SIGUIENTE DEBIDO A LA LEGISLACIÓN ESTATAL/FEDERAL:

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información
(marque la casilla y escriba sus iniciales según corresponda):

☐ Información sobre tratamiento de salud mental	Iniciales y fecha:
☐ Resultados de la prueba de VIH	Iniciales y fecha:
☐ Información sobre tratamiento para el abuso de alcohol/drogas	Iniciales y fecha:
☐ Información sobre enfermedades de transmisión sexual (solo Washington)	Iniciales y fecha:

PROPÓSITO:

Propósito del uso o la divulgación solicitados: ☐ Solicitud del paciente ☐ Atención continuada
☐ Legal ☐ Seguro ☐ Otro: _____

VENCIMIENTO:

Esta autorización vence el (fecha): _____

Si no se proporciona ninguna fecha, esta autorización vencerá en seis meses a partir de la fecha de la firma.

MIS DERECHOS:

Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta autorización, debo saber que, por ley, no se podrá divulgar mi información médica. Mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago, ni mi elegibilidad para ciertos beneficios.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica sobre la cual se me pide que permita el uso o la divulgación. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviar la revocación a la siguiente dirección:

Providence St. Joseph Health
Health Information Release of Information/Revoke Authorization
P.O. Box 4950
Portland, OR 97208

Mi revocación entrará en vigor una vez recibida, excepto en la medida en que otros hayan actuado basándose en esta autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

El destinatario podría volver a divulgar la información divulgada conforme a esta autorización. Dicha nueva divulgación en algunos casos no está protegida por la ley estatal y puede que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]).

FIRMA:

Firma del paciente:	Fecha:
Firma del representante legal: (Representante/cónyuge del paciente)	Fecha:

Si firma alguien que no sea el paciente, se debe indicar la relación legal con el paciente y proporcionar una copia del poder notarial permanente, certificado de defunción o de tutela:

Relación con el paciente:	Fecha:

Dependiendo de las reglamentaciones estatales, puede ser necesaria la autorización del médico que atendió al paciente durante su estadía.

SOLO PARA USO DEL HOSPITAL

DIVULGACIÓN DEL REGISTRO MÉDICO POR PARTE DEL MÉDICO

☐ APROBADO por Nombre del médico: _____Fecha:_____ Iniciales de HIM-ROI CG:___

☐ DENEGADO – MOTIVO DE LA DENEGACIÓN: _____

Firma del médico: _____Fecha:_____ Hora:_____