



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD

PATIENT INFORMATION:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre(s) anterior(es): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DE SALUD ENTREGADA POR: (¿Quién posee la información que será divulgada?)

The Richland Hospital and Clinics u

Otra persona/organización: _____

Atn./Departamento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DE SALUD ENTREGADA A: (¿A dónde quiere que se envíe la información?)

The Richland Hospital and Clinics u

Otra persona/organización: _____

Atn./Departamento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DE SALUD QUE SERÁ ENTREGADA: (¿Qué información quiere que sea enviada o entregada? Marque las casillas que correspondan.)

Indique la(s) fecha(s) de servicio: _____

Conjuntos de registros de rutina Visita(s) clínica(s) Visita(s) hospitalaria(s)

Enviar solo los registros MARCADOS:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Registros de medicinas/alergias |
| <input type="checkbox"/> Informes operatorios | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Archivos de facturación |
| <input type="checkbox"/> Registros de emergencias | <input type="checkbox"/> Resultados de exámenes diag. | <input type="checkbox"/> Copies of films/images |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución | <input type="checkbox"/> Registros de rehabilitación | <input type="checkbox"/> (PT/OS/ST) |

Otros: _____

Continúa en la siguiente hoja →

No se entregarán registros relacionados a la salud mental/conductual, VIH y enfermedades relacionadas con el VIH y abuso del alcohol y/o drogas a menos que lo indique a continuación.

Salud mental/conductual VIH y enfermedades rel. VIH Abuso del alcohol y/o drogas

MOTIVO DE LA ENTREGA: (¿Por qué se requiere?)

Continuidad/transferencia de atención Uso personal o revisión Cambio de clínica
 Determinación de seguro o discapacidad Referencia Insatisfecho con la atención
 Legal/abogado Mudanza fuera del área
 Otro: _____

INSTRUCCIONES DE ENTREGA: (¿Cómo y cuándo necesita la información?)

Fecha en que se necesita la información: _____ (NOTA: Se requieren 7 días hábiles para el trámite.)

Método de entrega/formato:

Correo - impreso Recoger - impreso
 Correo - CD (solo para imagenología) Recoger - CD (solo para imagenología)
 Portal de salud de Richland Hospital and Clinics Fax - impreso
 Otro: _____

HE LEÍDO Y ENTENDIDO LOS SIGUIENTES DERECHOS RELACIONADOS CON ESTA AUTORIZACIÓN:

- Esta autorización tiene una duración de un año luego de la fecha de firma, a menos que usted indique una fecha diferente o fecha de expiración aquí: _____
- Reconozco que tengo el derecho a inspeccionar o copiar la información de salud que he autorizado para que sea usada o entregada a través de este formulario de autorización. Para hacerlo, puedo comunicarme con el funcionario de privacidad de The Richland Hospital and Clinics.
- Reconozco que la firma de este formulario no es obligatoria. Sin embargo, si acepto firmar esta autorización, se me puede proporcionar una copia firmada del formulario bajo solicitud.
- Tengo el derecho a desestimar esta autorización en cualquier momento al comunicarme con el funcionario de privacidad de The Richland Hospital and Clinics por escrito. Mi desestimación no será válida para los usos y/o entregas que The Richland Hospital and Clinics (TRHC) ya haya realizado en virtud de esta autorización.
- Reconozco que la firma de este formulario no es obligatoria y que TRHC no puede restringir tratamientos, pagos, inscripciones en planes de salud o elegibilidad para beneficios de atención médica basados en mi decisión al firmar o no este formulario.
- TRHC no puede prevenir la redivulgación de su información por la persona u organización que reciba sus registros en virtud de esta autorización y dicha información puede no estar cubierta por las protecciones de privacidad federales y estatales luego de su divulgación. Al firmar esta autorización, usted exime a TRHC de cualquier responsabilidad que resulte de la redivulgación por parte del destinatario.
- He tenido la oportunidad de revisar y entiendo el contenido del presente formulario de autorización. Al firmar esta autorización, autorizo a TRHC a divulgar mi información confidencial de salud según se indicó anteriormente.

REQUISITOS DE FIRMA:

Firma del paciente/representante legal (incluir relación en caso de no ser el paciente) Fecha

SOLO PARA USO OFICIAL: Fecha de finalización: _____ Personal clínico/enfermería (iniciales): _____

Personal de ROI/HIM (iniciales): _____ Identificación con fotografía: _____