

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

IMPORTANTE: TENGA PRESENTE que pueden aplicarse cargos por esta solicitud. Espere hasta 30 días para que se complete el proceso.

Núm. de reg. méd.: _____

Al llenar esta solicitud y firmar a continuación, autorizo al departamento de Health Information Management Services (Servicios de gestión de información de la salud) de una o más entidades afiliadas a Premier Health, a divulgar mi información de salud protegida a las siguientes personas o partes: (**indique a continuación el nombre y la dirección de la persona que recibirá la información**).

Nombre: _____ Dirección: _____

El propósito de esta solicitud es: (marque una de las siguientes opciones)

Continuidad de la atención Seguridad de Ingreso Suplementario Otro: (especifique) _____
 Reclamo al seguro (SSI)/Discapacidad _____
 Asunto legal A petición del paciente _____

Nombre del paciente cuando recibió el tratamiento (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número(s) de teléfono: _____

Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social (opcional): _____

Lugar donde recibió el tratamiento

(marque con un círculo): **Atrium Medical Center** **Good Samaritan Hospital** **Miami Valley Hospital**
Upper Valley Medical Center **Samaritan Behavioral Health** **Fidelity Health Care** (MVH Main, MVH North, MVH South)

Consultorio de médico de Premier (especifique): _____

Otro: _____

Fechas del servicio cuya divulgación se solicita: _____

<input type="checkbox"/> Visitas al consultorio	<input type="checkbox"/> Antecedentes y revisión médica	<input type="checkbox"/> Informes de terapia física u ocupacional
<input type="checkbox"/> Informes del departamento de emergencia	<input type="checkbox"/> Informes del corazón	<input type="checkbox"/> Registros de atención en el hogar
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Registros de oncología radioterápica
<input type="checkbox"/> Informes de operaciones	<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Informes de patología
<input type="checkbox"/> Registro completo	<input type="checkbox"/> Información pertinente	<input type="checkbox"/> Tiras de monitoreo fetal
<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> Radiografías	
<input type="checkbox"/> Otros registros (especifique): _____		

Deseo que esta información se envíe por:

correo electrónico seguro* a la siguiente dirección de correo electrónico: _____

correo electrónico no seguro** a la siguiente dirección de correo electrónico: _____

dispositivo de memoria externa (flash/thumb drive) enviado por correo a mi casa disco compacto (CD) enviado a mi casa Otro: _____

*(Nota: Si se envía a través de un correo electrónico seguro, recibirá un mensaje en su bandeja de entrada con un enlace para recuperar los datos cifrados a través de nuestro portal de correo electrónico seguro <https://www.uapguide.com/premier-health-partners/employee/recipient-experience>)

******(Nota: Si se envía a través de correo electrónico no seguro, es posible que exista un cierto nivel de riesgo de que la información contenida en dicho mensaje sea leída por un tercero).

Comprendo que la información que solicité anteriormente y que autorizo que se divulgue PUEDE incluir información sobre pruebas, diagnóstico o tratamiento de enfermedades físicas, mentales o psiquiátricas, abuso de drogas o alcohol, VIH, SIDA y afecciones relacionadas, así como agresión. Comprendo que la información que autorizo que se divulgue podría divulgarse nuevamente por la persona o parte que la reciba y que ya no estaría protegida por los reglamentos estatales y federales respecto de la privacidad. Puede cobrarse a la persona o parte por la información divulgada. No habrá cargos por divulgar la información directamente a mi proveedor de atención médica. También comprendo que esta autorización es completamente voluntaria y que tengo derecho a negarme a firmarla. Mi negativa a firmar la autorización o a divulgar mi información no tendrá ningún efecto sobre mi capacidad de obtener tratamiento.

Si mi información contiene registros federales sobre drogas y alcohol, mis registros están protegidos por los reglamentos federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con problemas de abuso de alcohol y drogas, y la divulgación incluirá un aviso a tal efecto.

Esta autorización tendrá vigencia durante un año a partir de la fecha de mi firma, salvo que especifique una fecha previa en este espacio _____. Además, comprendo que esta autorización se puede cancelar por escrito en cualquier momento, (consulte el Aviso de prácticas de privacidad), pero la cancelación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.

Una vez divulgada la información sobre mi salud, la persona o parte que la reciba puede volver a divulgarla y es posible que la información ya no esté protegida por la ley.

¿Puede el paciente tomar decisiones de atención médica por sí mismo? _____ Sí _____ No

Firma del paciente o representante
personal del paciente**

Nombre en letra de imprenta

Fecha en que se firmó

Relación de parentesco, si no es el paciente

****Si la solicitud no está firmada por el paciente, DEBE ir acompañada de una copia de la documentación legal que acredite al representante personal del paciente (por ejemplo, un tutor designado por el tribunal o un poder notarial duradero para la atención médica). Si el paciente falleció: La autorización debe ir acompañada de un certificado de defunción y de los documentos del albacea o del administrador de la sucesión. Excepción: los padres que firmen por un paciente menor de 18 años.**