

AUTORIZACIÓN PARA EXAMINAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: (____) _____

1. Por el presente autorizo a CHI ST. Luke's Health a:

- Divulgar/Revelar la información médica que aquí se especifica: Recibir la información médica que aquí se especifica:

PARA: _____

DE: _____

Teléfono: (____) _____

Teléfono: (____) _____

Fax: (____) _____

Fax: (____) _____

2. La siguiente información médica a divulgar deberá mantenerse en el conjunto de expedientes designado: (especifique la información exacta a divulgar, incluidas las fechas en que se brindó el servicio):

- Expediente médico completo Fecha en que se brindó el servicio _____

[O los expedientes marcados a continuación]

- Expediente del Departamento de emergencias
- Resumen del alta
- Antecedentes y examen médico
- Informes de consultas
- Notas de progreso
- Informe del procedimiento
- Informes patológicos
- (especifique) _____

- Diagrama cardíaco
- Análisis de laboratorio
- Informes de radiología
- Indicaciones del médico
- Informe de enfermería
- OTRO

Películas para uso diagnóstico/Imágenes digitales (especifique) _____

Registros de facturación (especifique) _____

3. Con el propósito de: _____

4. Si solicita copias de su propio expediente médico, indique cómo preferiría recibirlos:

- CD/DVD encriptado o
- Envío electrónico a través de un portal seguro. Le solicitamos proporcione un correo electrónico para esta alternativa.

(ANVERSO)

5. Entiendo que esta información puede estar relacionada a análisis de laboratorio específicos que detecten la infección del VIH (Virus de Inmunodeficiencia, el agente causante del SIDA) o al diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o a las patologías relacionadas al SIDA, al tratamiento por consumo de alcohol o abuso de sustancias, a la salud mental o conductual o atención psiquiátrica excluyendo informes psicoterapéuticos.
6. Entiendo que existe la posibilidad que CHI ST. Luke's Health cobre un cargo por concepto de costos relacionados con el trámite de esta solicitud.
7. CHI ST. Luke's Health puede rechazar su solicitud para examinar y fotocopiar su información médica protegida en ciertas y limitadas circunstancias la que se describe en políticas distintas. En caso que se le niegue el acceso, puede solicitar que dicha denegación sea sometida a una evaluación. Otro profesional de la salud certificado designado por CHI ST. Luke's Health revisará su solicitud y la denegación. La persona que lleve a cabo esta evaluación no será la misma persona que habría denegado su solicitud. CHI St. Luke's Health acatará el resultado de esta revisión.
8. Esta autorización se otorga voluntariamente aceptando que:
 - a) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento excepto la sección donde la información se haya divulgado.
 - b) La revocación debe presentarse por escrito y dicho formulario está disponible a través del departamento de expedientes médicos.
 - c) Esta autorización caducará 180 días a partir de la fecha en que se firmó a menos que se indique lo contrario; caduca _____.
 - d) CHI ST. Luke's Health no puede condicionar el tratamiento o el pago una vez obtenida esta autorización.
 - e) Una fotocopia o un fax de esta autorización tiene tanta validez como el documento original.
 - f) La información utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede estar sujeta a la divulgación por parte del receptor y ya no se encuentra protegida.

Firma del paciente

Firma del representante del paciente

Fecha

Nombre del representante (letra de imprenta)

Relación con el paciente:

Fecha

<p>CHI ST. Luke's Health STAFF</p> <p>Verified identity of person picking up records.</p> <p>Date verified: _____ Name and Department: _____</p>
--

<p style="text-align: center;">To Be Complete By Areas Other Than Health Information Management</p> <p>Date authorization received: _____</p> <p>Date information released: _____</p> <p>Name and title of CHI St. Luke's Health staff member processing request:</p> <p>_____. After processing request, please forward Authorization form to the Health Information Management Department.</p> <p>-----</p>
--