

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD
AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

1 Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

2 Propósito de la Solicitud: Jurídico Seguro Médico Continuación del Servicio Médico Otro _____

Por favor complete la siguiente sección, usando un formulario separado para cada remitente o destinatario de los expedientes médicos. Este formulario se puede utilizar para los expedientes de St. Charles Health System o los expedientes de otros profesionales médicos.

3 Marque uno: De Para 4 Marque uno: De Para

St. Charles Health Systems (todas las localizaciones) o; El mismo nombre y dirección que se indican anteriormente
 Hospital St. Charles Bend Otro _____

Hospital St. Charles Redmond
 Hospital St. Charles Madras
 Hospital St. Charles Prineville

St. Charles Medical Group: escriba el nombre de la(s) clínicas(s).

Nombre del Remitente / Destinatario:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nota: los faxes solo se envían a las oficinas de otros proveedores de atención médica

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

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

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

6 Cualquiera & Todos los Expedientes (Expediente de Salud legal completo) o seleccione de lo siguiente:

Resumen de la Visita: (Incluye: Notas del Profesional, Historial & Examen, Informe Operativo, Resumen del Alta, Diagnósticos – por ej.: Radiología, Laboratorio, Exámenes Cardíacos.)

Informe de la Sala de Emergencias

Informe(s) de laboratorio

Informe(s) de Radiología

Exámenes Cardíacos

Otro: _____

Al marcar esta casilla, autorizo la divulgación de Radiografías, imágenes / gráficas de las fechas anteriores para cualquiera de los siguientes:

1) Central Oregon Radiology Associates
 (CORA, CMI, COMRI)
 1460 NE Medical Ctr. Dr. Bend, OR 97701
 Teléfono 541-383-5977 Fax: 541-382-6635

o
 2) **St. Charles Health System**

Instrucciones:

1. Ingrese el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección y el número de teléfono del paciente cuyos expedientes desea enviar o recibir
2. Seleccione el propósito de su solicitud: legal, seguro médico, personal, continuación de la atención médica u otro (por favor especifique).
3. Marque la casilla 'De' o 'Para', luego identifique e ingrese la información de contacto para el remitente o el destinatario de los expedientes médicos, según corresponda.
4. Marque la casilla 'De' o 'Para', luego identifique e ingrese la información de contacto para el remitente o el destinatario de los expedientes médicos, según corresponda.
5. Especifique el rango de las fechas de los servicios para los que usted solicita los expedientes..
6. Esta es la información básica que los profesionales de atención médica suelen solicitar. Marque la casilla / casillas que indican qué tipos de expedientes está solicitando. Si está solicitando otro diferente a lo que se indica, marque "otro" y escriba la información que Ud. desea.



AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD
AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Entiendo que los expedientes médicos pueden contener información sensible o especialmente protegida. Por favor, ponga sus iniciales en aquellos tipos de información confidencial que le gustaría que se divulguen.

En algunas situaciones, las regulaciones estatales y federales protegen la siguiente información. Si esta información se aplica a usted, indique si desea que se divulgue dicha información:

- | | | |
|--|----------------|------------------------------|
| Expedientes de Abuso de Alcohol, Drogas o sustancias | _____ | Se exige poner las iniciales |
| Expedientes de Análisis de VIH | 7 _____ | Se exige poner las iniciales |
| Expedientes de Salud Mental | _____ | Se exige poner las iniciales |
| Expedientes Genéticos | _____ | Se exige poner las iniciales |

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- Las solicitudes de copias de expedientes médicos están sujetas a cargos de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales y estatales.
- Tengo el derecho de anular (retractar o cambiar de opinión) esta autorización en cualquier momento. Para hacer esto, se debe solicitar por escrito y entregarla o enviarla por correo al Gerente del Manejo de Información de St. Charles Health System.
- Si solicito anular una autorización que yo firmé en una fecha anterior, la solicitud de anulación no se aplicará a los expedientes que ya se copiaron y divulgaron como resultado de la solicitud original que yo autorizé.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la calificación para beneficios no se verán afectados por el hecho de que yo firme o no este formulario de autorización.
- Entiendo que las regulaciones de confidencialidad federales no protegerán la información médica que he autorizado para ser divulgada si es que la organización o la persona que la recibe la vuelve a divulgar.
- Esta autorización caducará un año después de la fecha en que se firma.

8 Formato de los expediente (si no se indica, entonces se enviará una copia de papel):

- Papel CD

Opciones de entrega (Por favor tenga en cuenta que se pueden aplicar cobros normales por copias, de acuerdo con las regulaciones federales y estatales):

- Correo de EE.UU Recoger

9 Firma de/la Paciente o Representante Autorizado **Debe estar firmado con tinta húmeda** Fecha

Nombre Impreso

(For Office Use Only)

Parentesco con el Paciente (si corresponde) Por favor entregue la documentación legal que respalda su autoridad para firmar por el/la paciente

10 Name of Caregiver Accepting Authorization Department

Photo ID checked

Note: This form is a permanent part of the medical record

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

Continuación de las Instrucciones:

7. En algunos casos, a un profesional médico se le puede prohibir la divulgación de estos tipos de expedientes que no tienen las iniciales.
8. Marque la casilla que indica el formato en el que desea que los expedientes se envíen o se reciban. Nota: Los faxes sólo se envían a las oficinas de otros profesionales de atención médica.
9. La persona que autoriza la divulgación debe firmar, poner la fecha, imprimir su nombre e indicar su parentesco con el paciente. No se puede divulgar expedientes de un menor de más de 14 años, ni tampoco expedientes médicos de ningún tipo de un menor de más de 15 años sin la autorización por escrito del menor, si es que dicho menor ha dado su propio consentimiento para el tratamiento asociado con los expedientes. St. Charles se reserva el derecho de rechazar este formulario de autorización si es no se puede validar la autoridad legal del representante.
10. El personal de St. Charles que acepte la divulgación de información debe firmar y señalar el departamento.