

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

1 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2 Motivo de la solicitud de información:  Legal  Insurance  Personal  Seguimiento de la atención médica  
 Otro \_\_\_\_\_

Por favor complete la siguiente sección, usando un formulario separado para cada remitente o destinatario del historial médico. Este formulario puede usarse para registros del St. Charles Health System o registros de otros proveedores de atención médica.

3 Seleccione uno:  Remitente  Destinatario      4 Seleccione uno:  Remitente  Destinatario

- St. Charles Health Systems ((todos los centros) o;
- St. Charles Bend hospital
  - St. Charles Redmond hospital
  - St. Charles Madras hospita
  - St. Charles Prineville hospital
  - St. Charles Sage View
  - St. Charles Center for Orthopedics and Neurosurgery
  - St. Charles Medical Group: escriba el nombre de la(s) clínica(s).
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Mismo nombre y dirección que aparecen arriba  Otro

Remitente/destinatario Nombre:

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nota: Solo se envían faxes a las oficinas de otros proveedores de atención médica. Si supera las 30 páginas se enviará por correo.

5 Rango de fechas de los servicios: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**Autorizo a que se divulgue la siguiente información de historial clínico:**

Nota: Se aplicarán las tarifas estándar por copia sujetas a la normativa federal y estatal.

6  Cada uno de los historiales (historial médico legal completo)

**o seleccione una de las siguientes opciones:**

- Resumen de la visita (Incluye: Notas del proveedor, historial y examen físico, informe quirúrgico, resumen del alta, diagnósticos, es decir, radiología, laboratorio, exámenes cardíacos, etc.)
- Expediente de urgencias
- Informe(s) de laboratorio
- Informe(s) radiológico(s)
- Exámenes cardíacos
- Registros de facturación detallados
- Otro: \_\_\_\_\_

Al marcar esta casilla, autorizo la entrega de **placas radiológicas, imágenes/trazados** de las fechas indicadas arriba por cualquiera de los siguientes:  
Nota: Se aplicarán cobros adicionales.

1) **Central Oregon Radiology Associates (COR, CMI, COMRI)**

1460 NE Medical Ctr. Dr. Bend, OR 97701

Teléfono: 541-383-5977

2) **St. Charles Health System**

**Instrucciones:**

1. Introduzca el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección y el número de teléfono del paciente de quien desea enviar o recibir historiales.
2. Seleccione el propósito de su solicitud: legal, seguro médico, personal, continuación de la atención médica u otro (especifique).
3. Marque la casilla "Remitente" o "Destinatario" y, a continuación, identifique y entregue los datos de contacto del remitente o destinatario de la historia clínica, según proceda.
4. Marque la casilla "Remitente" o "Destinatario" y, a continuación, identifique y entregue los datos de contacto del remitente o destinatario del historial clínico, según proceda.
5. Introduzca el intervalo de fechas de los servicios para los que solicita registros.
6. Esta es la información básica que suelen solicitar los proveedores de atención médica. Marque la(s) casilla(s) que indique(n) qué tipo de información solicita. Si solicita información distinta de la indicada, marque "Otro" y escriba la información que desea.



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**Entiendo que los historiales médicos pueden contener información sensible o especialmente protegida.**

**Ponga sus iniciales en los tipos de información sensible que desea que se divulguen.**

En algunas situaciones, las leyes estatales y federales protegen la siguiente información. Si esta información se aplica a su caso, indique si desea que se divulgue.

- |  |       |                              |
|--|-------|------------------------------|
| Historial de consumo de alcohol, drogas o sustancias tóxicas | _____ | Son necesarias las iniciales |
| Registros de pruebas de VIH                                  | _____ | Son necesarias las iniciales |
| Historiales de salud mental                                  | _____ | Son necesarias las iniciales |
| Historial genético   | _____ | Son necesarias las iniciales |

7

**Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:**

- Las solicitudes de copias de historiales médicos están sujetas a cobros de reproducción de acuerdo con la normativa federal y estatal.
- Tengo derecho a revocar (retractarme o cambiar de opinión) esta autorización en cualquier momento. Para hacerlo, se debe hacer una solicitud por escrito y entregarla o enviarla por correo al St. Charles Health System Manager of Health Information Management (gerente de administración de información de salud del sistema de salud St. Charles).
- Si pido revocar una autorización que fue firmada por mí en una fecha anterior, la solicitud de revocación no se aplicará a los registros que ya fueron copiados y entregados como resultado de la solicitud original y autorizada.
- Ninguna determinación sobre tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios se basará en si firmo o no este formulario de autorización.
- Entiendo que las normas federales de confidencialidad no protegerán la información médica cuya divulgación he autorizado, si la organización o persona que la recibe la vuelve a divulgar.
- A menos que revoque esta autorización, vencerá en la siguiente fecha o evento: \_\_\_\_\_. Si no se especifica una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se firme.

8 **Formato de los historiales** (el papel es el predeterminado si no está marcado):

- Papel       Vía electrónica (CD, Memoria USB, etc.)

*Nota: Las solicitudes de historiales de más de 250 páginas se entregarán por vía electrónica.*

**Opciones de envío** (Nota: pueden aplicarse tarifas de copia estándar sujetas a la normativa federal y estatal):

- Correo postal     Recoger (solo en algunos lugares)

9

_____ Firma del paciente o del representante autorizado	<b>Debe estar firmado con bolígrafo.</b>	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de molde	_____ Relación con el paciente (si procede) - Por favor, entregue documentación legal que respalde su autoridad para firmar por el paciente	

10

**(Solo para uso de la oficina)**

_____ Nombre del cuidador que acepta la autorización	_____ Departamento
<input type="checkbox"/> Comprobación del documento de identidad con fotografía	

Nota: Este formulario forma parte permanente del historial clínico

**St. Charles Health Information Management | 2500 NE Neff Road, Bend, OR 97701 | Phone: 541-382-4321 ext. 7784 | Fax: 541-706-6352**

**Continuación de instrucciones:**

7. En algunos casos, se le puede prohibir a un proveedor de atención médica que divulgue ese tipo de registros que no llevan sus iniciales.
8. Marque la casilla que indica el formato en el que desea que se envíen o reciban los registros. Nota: Solo se envían faxes a las oficinas de otros proveedores de atención médica.
9. La persona que autorice la divulgación deberá firmar, fechar, escribir su nombre con letra de molde e indicar su relación con el paciente. No se podrá divulgar el historial de tratamiento de drogas y alcohol de un menor que tenga 14 años o más, ni historial clínico de cualquier tipo de un menor que tenga 15 años o más, sin la autorización por escrito del menor si el menor está de acuerdo por sí mismo con el tratamiento asociado con los registros. St. Charles se reserva el derecho de rechazar este formulario de autorización si la autoridad legal del representante no puede ser validada.
10. El personal de St. Charles que acepte la autorización debe firmar y documentar el departamento.