

Authorization to Release Medical Information

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (se debe completar todo):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección de correo postal: _____

*** Correo electrónico: _____

1. INFORMACIÓN RECIBIDA DE:

HOSPITAL
 CONSULTORIO DEL MÉDICO DR.: _____

2. INFORMACIÓN ENTREGADA A:

Persona/institución (se requiere a continuación el nombre y la dirección) or SELF
_____ N.º de teléfono _____

Dirección de correo postal _____
_____ N.º de fax _____

3. OBLIGATORIO: Fechas de los servicios Del: _____ al: _____ o bien FECHA ABIERTA

4. INFORMACIÓN QUE SE ENTREGARÁ:

Registro de sala de emergencias Informes de análisis de laboratorio/sangre/patología Imágenes radiológicas
 Registro de hospitalizaciones Registros cardiopulmonares Registros de facturación
 Registro de tratamientos ambulatorios Informes radiológicos Observaciones del consultorio del médico
 Otros: _____ Todos los registros

5. OBJETIVO DE LA ENTREGA DE INFORMACIÓN:

Registro personal Médico Seguro Legal Otros

6. MÉTODO DE ENTREGA (escriba sus iniciales)

Recogida por usted mismo o por una persona designada _____ (ID obligatoria) _____

Correo postal Fax Correo electrónico: _____

(Tenga en cuenta que SJH no puede controlar la seguridad de estas transmisiones)

En caso de que la institución no pueda realizar alguna entrega electrónica según lo solicitado, se optará por un método de entrega alternativo (por ejemplo, copias impresas). Si la entrega se realiza por fax o por correo electrónico, existe el riesgo de que un tercero pueda ver su PHI sin su consentimiento. Su firma a continuación libera a St Johns Health de la responsabilidad por el acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato o por cualquier riesgo (por ejemplo, un virus) al que quede expuesta su computadora/dispositivo cuando reciba la PHI en un formato electrónico o por fax. La información utilizada y entregada como se indica en esta autorización puede estar sujeta a entregas repetidas, por lo que ya no estaría protegida por las leyes federales. Usted tiene derecho a revocar por escrito esta autorización a la dirección que se indica arriba. La revocación no afectará a las medidas adoptadas de conformidad con esta autorización antes de la recepción de la revocación por escrito.

DATOS CONFIDENCIALES: Entiendo que mis historias clínicas pueden contener información relacionada con mi salud mental y/o tratamiento psiquiátrico, tratamiento por drogadicción y/o alcoholismo, así como cualquier resultado de análisis de detección del VIH/STD y autorizo su entrega a menos que lo contradiga el médico que me trata.

No autorizo la entrega de información

Esta autorización vencerá en 1 año a partir de este momento, a menos que se escriban las iniciales en alguna de estas opciones: Entrega en una sola ocasión Sin vencimiento

Firma _____

Fecha: _____