



1ROI

OFFICE USE ONLY (PARA USO DEL CONSULTORIO SOLAMENTE)

Acct/MRN
Initials
Pages
Date

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Completar todas las secciones. Si esta autorización no está completa, es posible que se devuelva y el procesamiento se retrase. Se requiere identificación con fotografía en el momento de presentar la solicitud.

Nombre del(de la) paciente:	Fecha de nacimiento:	Últimos 4 dígitos de número de Seguridad Social:	Teléfono:
------------------------------------	-----------------------------	---	------------------

Dirección del(de la) paciente: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

Información de salud de Mercy Health Hospital o consultorio médico solicitada por: (Marque todo lo que corresponda)

Children's Hospital Defiance Hospital Defiance Clinic Napoleon Clinic Perrysburg Hospital
 St. Anne Hospital St. Charles Hospital St. Vincent Medical Center Tiffin Hospital Willard Hospital
 Nombre de médico/consultorio: _____ Otro proveedor de atención de la salud: _____

Fechas del servicio para divulgar: (desde): _____ (hasta): _____

Informes específicos a divulgar: (Marque todo lo que corresponda)

Resumen de registros (Resumen al alta, Historial médico y examen físico, Registros de operaciones, Consultas, Resultados de pruebas)
 Visita a consultorio Registro de Sala de Emergencia Historial médico y examen físico Registros de operaciones
 Resumen al alta Registro de vacunas Resultados de pruebas (Laboratorio, Patología, Radiología y Cardíaco)
 Facturas detalladas Notas de terapia Otros (imágenes, fotos): _____
 Registros completos (estándar es dos años de información, a menos que se indique otra cosa): _____

Autorizo a divulgar la información indicada en la lista anterior a la siguiente persona u organización:
 A mí O Nombre: _____

Si los registros se envían por correo, solicitar formato: Papel o electrónico (PDF/CD) **PDF/CD**
predeterminado si no se especifica

La información se divulgará vía: (Marque uno)

Enviar por correo a la dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

Enviar por fax al número: _____ (puede haber límite de hojas)

My Chart

Correo electrónico seguro: _____ (Conozco los riesgos asociados con el envío de la información por correo electrónico que no sea seguro y Mercy Health no es responsable por divulgaciones que se envíen a la dirección equivocada o que sean interceptados en la transmisión).

Propósito de la divulgación: _____
 (Continuación de la atención, seguro, legal, por favor especificar) - Para uso personal si no se indica otra cosa

- Entiendo y acepto que la información de salud que se solicita divulgar puede contener información relacionada con enfermedad física y mental, resultados o diagnóstico de VIH, tratamiento de SIDA o afecciones relacionadas con SIDA, enfermedades de transmisión sexual y/o consumo abusivo de alcohol o drogas. Esta autorización no incluye la divulgación de notas de psicoterapia o notas sobre el trastorno por abuso de sustancias (no están incluidas en el Registro de salud legal de Mercy Health - autorización aparte, solo el proveedor o autor de las notas puede divulgarlas).
- Esta autorización vence un año después de la fecha para Ohio y Kentucky y 60 días después de la fecha para Michigan.
- Entiendo y acepto que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que debo hacerlo por escrito mediante correo o fax a la localidad a la que se envió la autorización. Esto no se aplica a información que ya se haya divulgado. Esto no se aplica a divulgaciones de tratamiento, operaciones o pago a compañías de seguro cuando la ley le otorga a las aseguradoras el derecho a refutar un reclamo según la póliza
- Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para obtener tratamiento, a menos que el único propósito del tratamiento sea la divulgación de la información para la que es necesaria esta autorización. La participación en investigaciones requiere una autorización aparte del paciente. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usará o divulgará, tal como lo disponen las reglas del gobierno federal, que se establecen en el Código de Regulaciones Federales de los Estados Unidos, en el artículo 164.524. Entiendo que toda divulgación de información implica la posibilidad de que ocurra una redivulgación no autorizada y de que la información pueda no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre divulgaciones de mi información de salud, puede contactar al Departamento de Divulgación de Información (Release of Information Department) al que se presentó el pedido.
- Entiendo que si estoy pidiendo mi información mientras estoy internado(a)/admitido(a) o estoy recibiendo servicios continuos, es posible que mi registro no esté completo y tendré que pedir la información después de que los servicios se hayan completado y hayan finalizado. Los registros proporcionados serán para tratamiento en la fecha de la firma y/o antes de la fecha de la firma.
- Se puede cobrar por copias de registros.

 Firma del(de la) paciente/representante legal del(de la) paciente Fecha

Relación con el(la) paciente: _____

Se debe presentar documentación que compruebe la potestad (tutela, albacea testamentario, poder notarial)