

Autorización para divulgar y obtener información médica

Esta autorización permite a Stormont Vail Health o Cotton O'Neil Clinics divulgar y obtener su información médica. Esto incluye información sobre tratamientos médicos, tratamientos por abuso de sustancias, tratamientos de salud mental y condición de VIH/SIDA. Revise esta autorización cuidadosamente. **TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: puede evaluarse el cobro de una tarifa razonable para la obtención de registros médicos según lo permitido por la HIPAA.**

NOMBRE DEL PACIENTE _____ N.º DE SS _____ FDN _____
DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____
CÓDIGO POSTAL _____
TELÉFONO DE CONTACTO _____ CELULAR/CASA/TRABAJO _____

Divulgación autorizada DE: (especificar Dr. o ubicación) **Divulgación autorizada A:** (especificar Dr. o ubicación)

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Fax _____
Correo electrónico _____

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Fax _____
Correo electrónico _____

Registros que deben divulgarse:

<input type="checkbox"/> Todos los registros	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> Fisioterapia/terapia ocupacional/fonoaudiología	<input type="checkbox"/> Películas e imágenes radiológicas
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Películas y reportes de mamografía
<input type="checkbox"/> Operación	<input type="checkbox"/> Notas del personal de enfermería	<input type="checkbox"/> Anestesia
<input type="checkbox"/> Consulta del médico	<input type="checkbox"/> Laboratorio y patología	<input type="checkbox"/> Información verbal
<input type="checkbox"/> Notas del DE	<input type="checkbox"/> Órdenes del médico	<input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____

Para el siguiente fin designado:

Tratamiento y continuación de los cuidados
 Pagos y seguros
 Marketing (comprendo que puede haber beneficios económicos para SVH/COC) _____
 Otros (explique) _____

Fechas aproximadas del servicio que deben divulgarse**Formato solicitado:**

<input type="checkbox"/> Fax (solo para el Dr.)	<input type="checkbox"/> Correo electrónico: cuando selecciona esta opción, aunque se envíe utilizando software de encriptación de datos, el paciente o destinatario es consciente de que este método puede no ser seguro en el extremo receptor; sin embargo, acepta el riesgo.	<input type="checkbox"/> Formato legible por máquina (para cargar en sistema informático independiente)
<input type="checkbox"/> Portal MyChart		
<input type="checkbox"/> Impresión (seleccione uno: por correo o en mano)		
<input type="checkbox"/> CD (seleccione uno: por correo o en mano)		

Entiendo que esta autorización expirará un año después de la fecha de mi firma o ante el siguiente acontecimiento:

* Entiendo que, si la persona o entidad que recibe los registros o información descritos no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por normativas federales sobre privacidad, los registros o información pueden volver a divulgarse y dejar de estar protegidos por dichas normativas. * También entiendo que ciertos registros pueden estar protegidos por la ley federal o estatal, lo que incluye el tratamiento de alcohol y drogas o enfermedades contagiosas, y estoy solicitando que todos y cada uno de dichos registros protegidos sean divulgados bajo esta autorización. * También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento entregando una revocación por escrito al Departamento de Gestión de la Información Médica (dirección en la segunda página). Si revoco esta autorización, ello no afectará a las medidas ya adoptadas en función de este formulario. * Entiendo que Stormont Vail Health o Cotton O'Neil no condicionarán el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a que yo firme esta autorización. * Autorizo a Stormont Vail Health o Cotton O'Neil a obtener y divulgar los registros y la información descritos. He leído y entiendo este formulario. Soy el paciente mencionado o estoy autorizado a actuar en nombre del paciente como representante personal del mismo. También autorizo a Stormont Vail Health o Cotton O'Neil a obtener y divulgar los registros y la información previa presentación de una fotocopia de esta autorización.

Firma del paciente o del representante personal _____ Fecha _____
Relación del representante personal con el paciente _____

AVISO

Confidencialidad de los registros de los pacientes de alcoholismo y drogadicción

La confidencialidad de los registros de alcoholismo y drogadicción mantenidos por SVH o COC está protegida por las leyes y reglamentos federales. En general, SVH o COC no pueden revelar a una persona ajena a SVH o COC que un paciente está recibiendo tratamiento relacionado con el abuso de alcohol o drogas y sustancias, ni revelar ninguna información que identifique a un paciente como consumidor de alcohol o drogas y sustancias A MENOS QUE:

1. El paciente dé su consentimiento por escrito,
2. la divulgación esté permitida por una orden judicial, o
3. la divulgación se haga al personal médico en una emergencia médica o a personal cualificado para investigación, auditoría o evaluación de programas.

Infringir la ley federal y las normativas de un centro de tratamiento es un delito. Las sospechas de infracción pueden comunicarse a las autoridades competentes de conformidad con las normativas federales.

La ley y las normativas federales no protegen ninguna información sobre un delito cometido por un paciente en el centro de tratamiento, contra cualquier persona que trabaje para el centro de tratamiento o sobre cualquier amenaza de cometer dicho delito.

Las leyes y las normativas federales no protegen ninguna información sobre sospechas de maltrato o abandono de menores de ser comunicada en virtud de la legislación estatal a las autoridades estatales o locales competentes.

(Véase el Título 42 del U. S. C. 290dd-3 y el Título 42 del U. S. C. 290ee-3 para las leyes federales y el Título 42 CFR Parte 2 para las normativas federales).

Prohibición de nueva divulgación:

Esta información le ha sido divulgada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la legislación federal. La normativa federal le prohíbe volver a divulgar esta información salvo con el consentimiento específico por escrito de la persona a la que se refiere. Una autorización general para la divulgación de información médica u otro tipo de información en poder de otra parte no es suficiente para este propósito. La normativa federal establece que toda persona que infrinja cualquiera de las disposiciones de esta ley será sancionada con una multa no superior a 500 dólares, en el caso de una primera infracción, y no superior a 5,000 dólares, en el caso de cada infracción posterior.

Lea antes de firmar la divulgación

Si no puede presentar su solicitud por escrito, comuníquese con la oficina correspondiente que figura a continuación para que le ayuden.

Stormont Vail Topeka Campus &
Cotton O'Neil Clinic
Divulgación de información
1500 SW 10th St.
Topeka, KS 66604
Teléfono: 785-354-6816
(Escuche las alternativas y haga la selección adecuada)

Enviar por fax la solicitud de la **clínica** al: 785-354-4268
Enviar por fax la solicitud del **hospital** al: 785-354-5119

Horario de oficina: de 8 a. m. a 4:30 p. m.,
de lunes a viernes

Correo electrónico de Topeka Campus
and Cotton O'Neil Clinic
medicalrecordrequest@stormontvail.org

Stormont Vail Flint Hills Campus
Divulgación de información
1102 St. Mary's Road, MAB 2
Junction City, KS 66441
Teléfono: 785-579-4433
Fax: 785-210-3435

Horario de oficina: de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.,
de lunes a viernes

Correo electrónico de Flint Hill Campus
FlintHillsmedicalrecordrequest@stormontvail.org