

Autorización para divulgar/obtener información de salud

La presente autorización permite que Stormont Vail Health y/o Cotton O'Neil Clinics puedan divulgar/obtener información relacionada con su salud. Esto incluye información sobre tratamiento médico, tratamiento por abuso de sustancias, tratamiento de salud mental y condición de VIH/SIDA. Revise cuidadosamente esta autorización.

IMPORTANTE: se puede aplicar un honorario razonable para la obtención de los antecedentes médicos, tal como lo permite HIPAA.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ N.º SS _____ FDN _____

DIRECCIÓN _____ LOCALIDAD _____ ESTADO _____ CP _____

TELÉFONO (particular) _____ (trabajo) _____ (celular) _____

Divulgación autorizada DE:

____ Stormont Vail Health
 ____ Cotton O'Neil Clinic
 ____ Médico específico y / o proveedor

Divulgación autorizada A:

Nombre _____
 Dirección _____
 Localidad _____ Estado _____ CP _____
 Teléfono _____ Fax _____
 E-mail _____

Antecedentes médicos a divulgarse:

<input type="checkbox"/> Todos los antecedentes	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos
<input type="checkbox"/> Operaciones	<input type="checkbox"/> Historia clínica/Examen físico/Alta médica	<input type="checkbox"/> Radiografía/estudio radiológico
<input type="checkbox"/> Servicios sociales	<input type="checkbox"/> Lab/Patología	<input type="checkbox"/> Mamografías/informes
<input type="checkbox"/> Notas Depto. Emergencia	<input type="checkbox"/> Notas/Pedidos médicos	<input type="checkbox"/> Anestesia
<input type="checkbox"/> Notas de evolución	<input type="checkbox"/> Notas de enfermería	<input type="checkbox"/> Información verbal
<input type="checkbox"/> T.Física/Ocupacional/del habla	<input type="checkbox"/> Otro(especificar) _____	

Con la finalidad que se indica a continuación:

Tratamiento/Continuación de la atención
 Pago/Seguro
 Marketing (Entiendo que puede haber un beneficio económico para SVH/COC)
 Otro (explicar) _____

Formato solicitado

Imprimir (por correo) Imprimir (entrega en mano)
 CD (por correo) CD (entrega en mano)
 Portal MyChart Fax (al Dr. únicamente)
 Correo electrónico

Al seleccionar la opción de correo electrónico, si bien se envía mediante un software de cifrado de datos, el paciente/destinatario es consciente de que este método puede no ser seguro en el extremo receptor y acepta el riesgo.

Las fechas aproximadas del servicio a divulgarse:

Entiendo que la presente autorización caducará al año de la fecha de mi firma o en virtud del siguiente acontecimiento:

*Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información o los registros descritos no es un proveedor de asistencia sanitaria o un plan de salud cubierto por las reglamentaciones de privacidad federales, la información o los registros pueden ser divulgados nuevamente y ya no protegidos por tales reglamentaciones. *También entiendo que ciertos registros pueden ser protegidos por la ley federal o estatal, incluidos los tratamientos por alcohol/fármacos o las enfermedades contagiosas, y solicito que cualquiera y todos los registros protegidos sean publicados bajo esta autorización. *También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la entrega de una revocación por escrito al Departamento de Administración de Información de la Salud (domicilio en la segunda página). Si revoco esta autorización, no tendrá efecto en las medidas ya tomadas en función de este formulario. *Entiendo que Stormont Vail Health o Cotton O'Neil no condicionarán el tratamiento, el pago, la inscripción o elegibilidad para los beneficios si firmo esta autorización. *Autorizo a Stormont Vail Health/Cotton O'Neil a obtener/divulgar los registros o la información descrita. He leído y comprendido este formulario. Soy el paciente nombrado en este documento o estoy autorizado para actuar en nombre del paciente, como el representante personal del paciente. También permito que Stormont Vail Health/Cotton O'Neil obtenga o divulgue los registros o la información mediante la presentación de una fotocopia de esta autorización.

Firma del paciente/Representante personal _____

Relación del representante personal con el paciente _____ **Fecha** _____

AVISO

Confidencialidad de los registros de los pacientes por abuso de alcohol y fármacos/substancias

La ley y las reglamentaciones federales protegen la confidencialidad de los registros de los pacientes por abuso de alcohol y fármacos/substancias, que se encuentran en poder de SVH y/o COC. En términos generales, SVH y/o COC no pueden divulgar a un tercero que no pertenezca a SVH y/o COC que un paciente está recibiendo tratamiento por el abuso de alcohol y fármacos/substancias ni divulgar cualquier tipo de información que identifique a un paciente como adicto al alcohol o a los fármacos/substancias, A MENOS QUE:

1. El paciente exprese su consentimiento por escrito,
2. La revelación de la información sea permitida por una orden judicial, o
3. La revelación de la información se haga a un personal del cuerpo médico en una emergencia médica o a un personal calificado para la investigación, auditoría o evaluación de programas.

El incumplimiento de la ley y las reglamentaciones federales de un centro para tratamiento se considera un delito. Ante la sospecha de incumplimiento se debe informar a las autoridades correspondientes de conformidad con las reglamentaciones federales.

La ley y las reglamentaciones federales no protegen información alguna sobre un delito cometido por un paciente, ya sea en el centro para tratamiento o contra cualquier persona que trabaje en un centro para tratamiento o sobre cualquier amenaza para llevar a cabo tal delito.

Las leyes y reglamentaciones federales no protegen ningún tipo de información ante la sospecha de maltrato o abandono de menores que se reporte bajo la ley estatal a las autoridades locales o estatales correspondientes.

(Consulte 42 U.S.C. 290dd-3 y 42 U.S.C. 290ee-3 para las leyes federales y 42 CFR Parte 2 para las reglamentaciones federales.) Está prohibida una nueva divulgación:

Esta información ha sido divulgada de registros cuya confidencialidad es protegida por ley federal. La reglamentación federal le prohíbe realizar cualquier otra divulgación de esta información, excepto con el consentimiento específico por escrito de la persona involucrada. Una autorización general para la divulgación de información médica u otro tipo de información, si está en poder de un tercero, no es suficiente para tal efecto. Las reglamentaciones federales establecen que toda persona que no cumpla con las disposiciones previstas en esta ley podrá ser multada por un valor que no exceda los \$500 en el caso de una primera infracción, y que no exceda los \$5.000 en el caso de cada infracción posterior.

Lea antes de firmar la autorización para divulgar información:

Si no puede poner su solicitud por escrito, contacte a la oficina correspondiente que se menciona abajo para obtener asistencia.

Envíe la solicitud para **Clínica** a:

Cotton O'Neil
At: Divulgación de registros
médicos
823 S.W. Mulvane St., LL, Suite A
Topeka, KS 66606
Fax: 785-354-4268

Envíe la solicitud para **Hospital** a:

Stormont Vail Health
Divulgación de
información
1500 SW 10th St.
Topeka, KS 66604
Fax: 785-354-5119

Las solicitudes para el Hospital y la Clínica pueden enviarse por correo electrónico a:
medicalrecordrequest@stormontvail.org