

**Autorización para divulgar/obtener información médica**

La presente autorización permite a Stormont Vail Health o Cotton O'Neil Clinics divulgar/obtener su información médica, incluyendo información sobre tratamiento médico, tratamiento por abuso de sustancias, tratamiento de salud mental y condición de VIH/SIDA. Revise esta autorización minuciosamente.

**TENGA EN CUENTA: Se puede cobrar una tarifa razonable para obtener los expedientes médicos, según lo permitido por HIPAA.**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ N.º SS \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO \_\_\_\_\_ CELULAR/PARTICULAR/LABORAL \_\_\_\_\_

**Divulgación autorizada DE:**

- Stormont Vail Topeka Campus  
 Cotton O'Neil Clinic  
 Stormont Vail Flint Hills Campus  
 Médico/proveedor/centro específico  
\_\_\_\_\_

**Divulgación autorizada A:**

- Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Expedientes a divulgar:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los expedientes      | <input type="checkbox"/> Vacunas               | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos         |
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico  | <input type="checkbox"/> FT/TO/T. del habla    | <input type="checkbox"/> Imágenes/Placas radiológicas  |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta            | <input type="checkbox"/> Notas de progreso     | <input type="checkbox"/> Placas/informes de mamografía |
| <input type="checkbox"/> Operatorio                 | <input type="checkbox"/> Notas de enfermería   | <input type="checkbox"/> Anestesia                     |
| <input type="checkbox"/> Consultas médicas          | <input type="checkbox"/> Laboratorio/Patología | <input type="checkbox"/> Información verbal            |
| <input type="checkbox"/> Notas del Dep. Emergencias | <input type="checkbox"/> Órdenes médicas       | <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____      |

**Para el siguiente propósito designado:**

- Tratamiento/Continuación de la atención  
 Pago/Seguro  
 Marketing (entiendo que puede haber una compensación económica para SVH/COC)  
 Otro (explicar) \_\_\_\_\_

**Formato solicitado:**

- Fax (solo al Dr.)  
 Portal MyChart  
 Impreso (seleccione uno: correo o entrega en mano)  
 CD (seleccione uno: correo o entrega en mano)  
 Correo electrónico: **al seleccionar esta opción, aunque se envíe utilizando un software de cifrado de datos, el paciente/destinatario es consciente de que este método puede no ser seguro por parte del receptor, sin embargo, acepta el riesgo.**

**Las fechas aproximadas de los servicios que se divulgarán**

\_\_\_\_\_

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

\*Entiendo que si la persona o entidad que recibe los expedientes/la información descritos no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las normas federales de privacidad, los expedientes/la información pueden volver a divulgarse y dejar de estar protegidos por dichas normas. \*También entiendo que ciertos expedientes pueden estar protegidos por leyes federales o estatales, incluido el tratamiento por consumo de alcohol/drogas o enfermedades transmisibles, y solicito que todos y cada uno de dichos expedientes protegidos se divulguen bajo esta autorización. \*También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento entregando una revocación por escrito a la Administración de Información de la Salud (dirección en la segunda página). Si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre las medidas que ya se hayan tomado en virtud de este formulario. \*Entiendo que Stormont Vail Health o Cotton O'Neil no condicionarán el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios si firmo esta autorización. \*Autorizo a Stormont Vail Health/Cotton O'Neil a obtener/divulgar los expedientes/la información descritos. He leído y entiendo este formulario. Soy el paciente que figura en la lista o estoy autorizado para actuar en nombre del paciente como representante personal del paciente. También autorizo a Stormont Vail Health/Cotton O'Neil a obtener/divulgar los expedientes/la información al presentar una fotocopia de esta autorización.

**Firma del paciente/representante personal** \_\_\_\_\_**Relación del representante personal con el paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## AVISO

### Confidencialidad de los expedientes de pacientes con abuso de alcohol y drogas/sustancias

La confidencialidad de los expedientes de abuso de alcohol y drogas/sustancias conservados en SVH o COC está protegida por leyes y reglamentos federales. En general, SVH o COC no pueden divulgar a una persona ajena a SVH o COC que un paciente está recibiendo tratamiento por el abuso de alcohol o drogas/sustancias, ni divulgar ninguna información que identifique a un paciente como adicto al alcohol o droga/sustancia, 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 calificado para investigación, auditoría o evaluación de programas.

La violación de las leyes y reglamentos federales de un centro de tratamiento se considera un delito. Las presuntas infracciones se pueden informar a las autoridades correspondientes de acuerdo con las reglamentaciones federales.

Las leyes y reglamentaciones federales no protegen ninguna información sobre un delito cometido por un paciente, ya sea en el centro de tratamiento o contra cualquier persona que trabaje para el centro de tratamiento, o sobre cualquier amenaza de cometer dicho delito.

Las leyes y regulaciones federales no protegen ninguna información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil de ser reportada bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales correspondientes.

(Consulte 42 U.S.C. 290dd-3 y 42 U.S.C. 290ee-3 para conocer las leyes federales y 42 CFR Parte 2 para las reglamentaciones federales).

No se permite una nueva divulgación:

Esta información le ha sido revelada a partir de expedientes cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. La regulación federal le prohíbe volver a divulgar esta información, excepto con el consentimiento específico por escrito de la persona a quien pertenece. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo si está en manos de un tercero no es suficiente para este propósito. Las regulaciones federales establecen que toda persona que viole cualquier disposición de esta ley será multada con un máximo de \$500 en el caso de una primera infracción y con un máximo de \$5000 en el caso de cada infracción subsiguiente.

---

### Lea antes de firmar la autorización

Si no puede presentar su solicitud por escrito, comuníquese con la oficina correspondiente del listado a continuación para obtener ayuda.

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

Fax para solicitudes a la **clínica**: 785-354-4268

Fax para solicitudes al **hospital**: 785-354-5119

Horario de atención 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 del hospital  
1102 St. Mary's Road  
Junction City, KS 66441  
Teléfono 785-579-4433  
Fax 785-210-3435

Divulgación de información de la clínica  
1110 St. Mary's Road  
Junction City, KS 66441  
Teléfono 785-579-4413  
Fax 785-210-3434

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

Correo electrónico de Flint Hill Campus  
**FlintHillsmedicalrecordrequest@stormontvail.org**