

Autorización de BHS para la divulgación de información médica (BHS Authorization for Release of Medical Information)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____

¿Llamar cuando esté listo? (Encierre en un círculo) Sí No (Encierre en un círculo)

Fecha de la solicitud: _____ Fecha requerida: _____

Retiro o Envío por correo postal o Fax o Correo electrónico

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la persona mencionada anteriormente, sus empleados y agentes, para proporcionar:

DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE:**ENVIAR REGISTROS A:**

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

A cargo de Gestión de Información de Salud

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

El tipo de información que se utilizará o divulgará es el siguiente (marque todas las casillas y detalles correspondientes según sea necesario):**Fechas de servicio/tratamiento (DEBE especificar el rango de fechas):** _____☐ Resumen de atención continua (incluye todos los dictados del médico y los informes de radiología, laboratorio y cardiología)☐ Resumen de alta☐ Informes de radiología☐ Registros de vacunación☐ Historial médico y exámenes físicos☐ Imágenes de radiología☐ Informes quirúrgicos☐ Consultas médicas☐ Notas de terapia: *PT (fisioterapia), ST (terapia del habla), OT (terapia ocupacional), radioterapia, etc.*☐ Formularios de examen físico☐ Informes del Departamento de Emergencias☐ Informes cardiológicos: *EKG (electrocardiograma), ECHO (ecocardiograma), cateterismo, etc.*☐ Constancias médicas para trabajo o escuela☐ Informes de laboratorio y patología☐ Notas de consultorio☐ Otros (especifique): _____

Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con ETS (enfermedades de transmisión sexual), análisis genéticos, SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o VIH (virus de inmunodeficiencia humana). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual, a pesar de que estoy protegido por las leyes federales y estatales con respecto a la información confidencial.

Información médica confidencial**Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información médica confidencial:**
☐ Informes de salud mental ☐ Análisis genético ☐ ETS/SIDA/VIH ☐ Consumo de drogas/alcohol

Período de fechas requerido: _____

Si el paciente es menor de edad, el paciente debe firmar para que se divulgue información confidencial. En Illinois, el paciente debe tener al menos 12 años de edad. Póngase en contacto con Gestión de Información de Salud (Health Information Management, HIM) por cualquier pregunta relacionada con menores de edad.

Entiendo que es posible que se requiera una identificación con fotografía para obtener informes médicos.

Propósito de esta divulgación:

☐ Motivos personales ☐ Legal ☐ Seguro médico ☐ Transferencia de atención médica ☐ Continuidad de la atención
☐ Otro (especifique): _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Gestión de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización.

Entiendo que una vez que se divulgue la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones de privacidad federales o estatales. Con respecto a la información médica confidencial, ninguna persona o agencia a la que se le haya brindado dicha información puede volver a divulgarla, a menos que la persona que dio su consentimiento para la divulgación dé su consentimiento específico para dicha nueva divulgación. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y hacer una copia de la información que se va a divulgar.

Esta autorización vencerá el: _____ (Predeterminado: 6 meses) Esta autorización solo es válida para los registros existentes.**Los servicios futuros necesitarán una nueva autorización.**

Entiendo que autorizar el uso y la divulgación de la información que se especifica arriba es voluntario. El tratamiento de atención médica, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios no están condicionados a firmar la autorización. Además, mi negativa a dar mi consentimiento puede tener como consecuencia que no se divulgue la información. Las imágenes o los registros electrónicos (por ejemplo, estudios de radiología) en medios CD/USB no están cifrados ni protegidos con contraseña y son responsabilidad exclusiva del destinatario de los registros protegerlos contra el acceso no autorizado. Blessing no puede enviar por correo postal contenido en CD/USB que no esté cifrado.

Fecha _____ Firma del paciente o del representante legal _____

Relación con el representante legal
(poder notarial [Power of Attorney, POA]) _____Fecha _____ Firma del menor (consulte la página 2 para
conocer los requisitos legales)

Pautas para completar Autorización para la divulgación de información médica

- Nombre del paciente:** nombre legal del paciente.
- Número de historia clínica:** número asignado al paciente. Solo Para Uso Del Personal.
- Fecha de la solicitud:** fecha en que se solicita la información a Blessing Health System.
- Fecha necesaria:** solo se utilizará como guía para Blessing Health System en el momento en que una parte solicitante necesite la información solicitada.
- ORIGEN:** la entidad de la que una persona necesita los registros.
- PARA:** lugar donde deben enviarse los registros médicos.
- Fecha de servicio:** fecha de registros necesaria, puede ser un período de fechas (por ejemplo, “1999 hasta la fecha”, o informe específico de laboratorio del 06/01/12).
- Cajas de registro:** qué registros se solicitan, es decir, informes quirúrgicos o resúmenes de alta. Utilice “Otro” si el artículo específico no aparece en la lista, como por ejemplo, facturación.
- Salud mental:** si tuvo una evaluación o consulta de salud mental o conductual, marque esta casilla. Se requiere un período de fechas. Los niños mayores de 12 años que residan en Illinois también deben firmar la autorización.
- Representante legal:** puede incluir al padre/la madre, el tutor legal, el poder notarial para la atención médica, el sustituto de atención médica, etc.
- Vencimiento:** se puede escribir cualquier fecha aquí. Si se deja en blanco, se aplicarán 6 meses. Cualquier visita médica que pueda realizar después de la fecha de la firma no será elegible para ser divulgada con esta autorización. Deberá completar una nueva autorización una vez que se hayan prestado los servicios.
- Menor de edad:** las leyes estatales varían en cuanto a la edad de los menores y a sobre qué pueden dar su consentimiento los menores. *** Póngase en contacto con HIM por cualquier pregunta relacionada con menores de edad.**

Una vez que se haya completado el formulario, se archivará en el expediente médico permanente o se enviará a HIM.

☐ Blessing Health System
c/o HIM
P.O. Box 7005
Quincy, IL 62301
Teléfono: 217-223-8400, ext. 6600
Fax: 217-214-5890

☐ Blessing Health Hannibal
c/o HIM
P.O. Box 311
Hannibal, MO 63401
Teléfono: 573-231-3196
Fax: 573-231-3705

☐ Denman Services, Inc.
c/o Registros de pacientes
P.O. Box 40
Quincy, IL 62306
Teléfono: 217-277-5329
Fax: 573-231-3705