



Vea la página 2 para instrucciones de cómo llenar este formulario. Un formulario incompleto puede causar atraso en el proceso.

**TENGA EN CUENTA:** Los archivos de este formato no están diseñados para ser leídos por humanos. Los archivos de este formato pueden ser muy grandes y tardar más en procesarse. Necesitará una aplicación que use formato comprensible por computadora para comprender estos archivos.

**1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA POR FAVOR)**

Nombre, inicial del segundo nombre, apellido		
Indique cualquier otro nombre que haya utilizado en cualquier centro o proveedor de Samaritan:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Dirección:		Teléfono
Ciudad	Estado	Cp.
<input type="checkbox"/> ¿Está bien dejar un mensaje detallado? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

**3. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTA SOLICITUD? (POR FAVOR ESPECIFIQUE)**  Solicitud del paciente - Electrónico

**4. ¿QUÉ RANGO DE FECHAS DE REGISTROS DESEA? El intervalo de fechas no puede ser anterior a 01/01/2013.**

A partir de esta fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hasta esta fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**5. ENTIENDO QUE DEBO PONER MI INICIAL EN LOS TEMAS QUE DESEO QUE SE DIVULGUE LA INFORMACIÓN.**

<input type="checkbox"/> Información/registros de salud mental <input type="checkbox"/> Resultados positivos de la prueba del VIH y diagnóstico del VIH <input type="checkbox"/> Información/registros de pruebas genéticas	Tratamiento de drogas/alcohol o información de referencia. Según las regulaciones federales, describa cuánta y qué información sobre drogas/alcohol se debe divulgar: <hr/> <hr/> <hr/>
---	--

**6. ESTA INFORMACIÓN DEBE SER DIVULGADA A MÍ (SELECCIONE UNA)**

**Formato:**

- Cuenta SHS MyChart  
 CD (Elija uno de los siguientes)  
 Llámenme al número de teléfono que aparece arriba para recoger el CD.       Envíe mi CD a la dirección indicada arriba

O entreguen mi CD a:

Persona: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**7. MIS DERECHOS: REVISE LA PÁGINA 2 PARA INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SUS DERECHOS.**

Entiendo que negarme a firmar la autorización generalmente no afectará negativamente mi capacidad para recibir atención médica, servicios o reembolso de servicios. Entiendo que la información divulgada mediante esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por la ley federal. Es posible que me cobren una tarifa razonable basada en el costo por las copias de los registros médicos que solicito. Esta autorización podrá ser cancelada (revocada) en cualquier momento. A menos que se cancele, esta autorización vence a los 12 meses de la fecha en que firmé este formulario, a menos que aquí se especifique otra fecha o evento: \_\_\_\_\_

**8. Firma del paciente o representante del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**

Escriba el nombre si no es el paciente: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

- Estoy solicitando una copia de este formulario de autorización.       Copia proporcionada por \_\_\_\_\_ (Iniciales)



**Autorización para divulgar información de salud: instrucciones y derechos**  
Por favor escriba claramente. Un formulario incompleto puede causar atraso en el proceso

1. **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** - Escriba el nombre del paciente, fecha de nacimiento, dirección postal y número de teléfono.
2. **OBJETIVO DE ESTA SOLICITUD** - Especifique por qué solicita su información médica entre las opciones enumeradas en la página 1.
3. **¿QUÉ INFORMACION QUIERE?** - Por favor agregue un rango de fechas.
4. **DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS ESPECIALES** - Hay tipos específicos de registros que requieren su autorización (permiso) específico para divulgarlos a alguien que no sea usted mismo. Si desea que se divulgue esta información, escriba sus iniciales en cada tema que desee que se divulgue. Los registros de tratamiento de alcohol y drogas están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas (42 CFR Parte 2) y no pueden ser divulgados por SHS ni vueltos a divulgar por quienes reciben esta información sin su consentimiento por escrito, a menos que la ley lo permita.
5. **FORMATO DE LOS EXPEDIENTES** - Si selecciona **SHS MyChart**, los registros se enviarán a su cuenta SHS MyChart y estarán disponibles allí durante 90 días. Para recibir su información a través de MyChart, debe tener una **cuenta SHS MyChart activa**. Para obtener más información, visite samhealth.org/MyChart. Si selecciona CD, recibirá instrucciones de contraseña con el **CD**.
6. **INFORMACIÓN A SER DIVULGADA A** - Especifique si la información solicitada se envía al paciente/representante del paciente u otra persona. Asegúrese de incluir la dirección completa y el número de teléfono.
7. **MIS DERECHOS**
  - **NEGARSE A FIRMAR:** La única circunstancia en la que negarse a firmar significa que usted no recibirá servicios de atención médica es si los servicios de atención médica tienen el solo propósito de proporcionar información de salud a otra persona y la autorización es necesaria para realizar esa divulgación.
  - **CANCELACIÓN/REVOCACIÓN:** Esta autorización podrá ser cancelada/revocada en cualquier momento. Para cancelar esta autorización, envíe una declaración escrita y firmada a la dirección postal de Divulgación de información que aparece a continuación e indique que está cancelando esta autorización. La cancelación de esta autorización no se aplica a la información que ya ha sido divulgada.

**8. TARIFAS**

Solicitud inicial del paciente	Se aplican tarifas razonables basadas en costos de acuerdo con HIPAA y la ley de Oregon.
--------------------------------	--

**9. FIRMA**

- Si el paciente tiene 18 años de edad o más, el paciente debe firmar y poner la fecha en el formulario.
- Si el paciente tiene 18 años o más y no puede firmar, un representante legalmente autorizado puede firmar y poner la fecha en el formulario. Indique su relación con el paciente (tutor, representante de atención médica o poder notarial de atención médica) e incluya documentación de respaldo de su relación.
- Si el paciente tiene 17 años o menos, el padre o tutor legal del paciente generalmente debe firmar y poner la fecha en el formulario. Proporcione su relación con el paciente. Si usted es el tutor legal del paciente, incluya la documentación de respaldo. En Oregon, los menores pueden solicitar ciertos niveles de confidencialidad o consentimiento para diversos asuntos de atención médica según su edad. Es política de SHS exigir que el menor autorice la divulgación de esos registros médicos.

Envíe el formulario de Solicitud de registros médicos del paciente completo a:

Dirección de correo: Samaritan Health Services Health Information Management PO Box 2728 Corvallis, OR 97339	Fax: 541-768-9363 Teléfono: 541-768-5069 E-mail: SHSHIMROI@samhealth.org
---	--

Las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben.

Espere hasta 30 días para procesar las solicitudes. Hacemos todo lo posible para completar las solicitudes de manera oportuna.

**Manejo de información de salud servicio al cliente Ubicaciones/horarios:** Lunes a viernes de 8:00 am a 4:30 pm excepto días festivos,

SHS HIM Corvallis 3600 NW Samaritan Dr. Corvallis	SHS HIM Albany 1046 Sixth Ave. SW Albany	SHS HIM Lebanon 525 N. Santiam Hwy. Lebanon	SHS HIM Newport 930 SW Abbey St. Newport	SHS HIM Lincoln City 3043 NE 28th St. Lincoln City
---	--	---	--	--