

## AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del Paciente:		Fecha	de Nac.:/	
Dirección:		Ciudad	d:Estado:Cóc	d.:
Correo electrónico:			Teléfono:	
Propósito de solicitar Información: 📮 Jurídico 🛚	🗅 Seguro 🖵 Perso	onal 🗖 Continuidad de	e la Atención Médica 👊	Otro
Por favor complete la siguiente sección, usando un fo Este formulario puede ser usado para los expediente				
Marque uno: ☐ DE ☐ PARA 4	ue uno: 🗖 DE 🗖 PARA 💮 4 Marque uno: 🗖 DE 📮			
St. Charles Health System:	ore y dirección que aparece anteriormente 📮 Otro			
☐ St. Charles Bend hospital	Nombre del Remitente/	itente/Recipiente:		
☐ St. Charles Redmond hospital				
☐ St. Charles Madras hospital				
☐ St. Charles Prineville hospital	Dirección:			
☐ St. Charles Sage View	Ciudad <sup>,</sup>	Estado:	Código Postal:	
□ St. Charles Medical Group: escriba el/los nombre/s de la/s clínica/s			ax:	
	Correo Electrónico:			
Paríodo do los Fosbos do los Carvisias :				
Período de las Fechas de los Servicios :		a		
Autorizo a que se entregue la siguiente informac	ión del/de los exped	iente(s) médico(s)		
Si no se especifica – se entregará el expediente con la fecha Nota: Puede haber cobros oficiales por las copias conform				
☐ Resumen de la Atención en el Hospital (Incluye: Resumen	-	diografías/estudios por imáge	enes/registros	
del Alta, Historial y Examen Físico, Informe(s) Operativo(s),		☐ Registros Detallados de la Facturación y Cobros		
Informe de Anestesia, Consultas, Resultados de Exámenes		☐ Informe Médico Legal y Jurídico Completo		
de Diagnóstico, Radiología, Laboratorio, etc.)  Resumen Clínico: (Incluye: Notas Clínicas/ Administrativas, Consultas, Resultados de Pruebas de Diagnóstico,		□ Complete Legal Medical Record		
		☐ Únicamente los últimos dos años de los Expedientes Médicos Legales		
Radiología, Laboratorio, Electrocardiograma etc.)			a de los Exposionicos inicaless	Ü
☐ Expediente de la Sala de Emergencias		······		
☐ Informe(s) de Radiología				

INSTRUCTIONS

3742 (English 3740) 4/16

Page 1 of 2

- 1. Escriba el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección, el correo electrónico (si corresponde) y el número de teléfono del paciente del que se solicitan los expedientes que se van a enviar o recibir.
- 2. Seleccione el propósito de su solicitud: jurídico, seguro médico, personal, para continuar con la atención médica u otro (por favor especifique).
- 3. Marque el cuadro "De" o "Para", después identifique y entregue la información para contactar al remitente o al recipiente del expediente médico, según corresponda.
- 4. Marque el cuadro "De" o "Para", después identifique y entregue la información para contactar al remitente o al recipiente del expediente médico, según corresponda.
- 5. Ingrese el período de las fechas en que recibió los servicios que usted está solicitando.
- 6. Esta es la información mínima que los profesionales de la salud solicitan por lo general. Marque el cuadro/los cuadros indicando qué tipo de expedientes usted desea.



		eral protegen la siguiente info e si desea que se entregue dic	rmación. Si esta información está cha información:		
	uso de Alcohol, Drogas		Requiere la Inicial		
Expedientes de la		_	Requiere la Inicial		
Expedientes de Sa		7	Requiere la Inicial		
Expedientes de Es	tudios Genéticos	_	Requiere la Inicial		
Al firmar esta aut	orización entiendo	que:			
<ul> <li>Las solicitu</li> </ul>	des de copias de los e	xpedientes médicos están suj	jetas a cobros de reproducción de acuerdo con las leyes federales y estatales.		
			torización en cualquier momento. Para hacerlo debo enviar una narles Health System Manager of Health Information Management.		
			nterior, la solicitud a revocar no es válida para los ado de la solicitud original ya autorizada.		
	•	zación, ésta vencerá en la sig vencimiento, esta autorizaciór	uiente fecha o evento: n será válida durante un año a partir de la fecha en que se firmó.		
		reembolso, registro o califica yo firmo o no este formulario	·		
			en la información médica que he autorizado para ser endo la información la emite nuevamente.		
Formato del Expe	diente (Si no lo indi	ca, automáticamente se	entregará una copia en papel):		
☐ Papel	□ CD	☐ No se solicitó exped	☐ No se solicitó expediente		
Opciones de Entre	ega (Atención: Puec	le haber cobros oficiales	por copias de acuerdo a las leyes federales y estatales)		
□ Correo	☐ Fax	☐ Recoger	,		
Firma del Paciente o Representante Autorizado			Fecha		
			Parentesco con el Paciente (si corresponde)		
Nombre					
	Name of Caregiver Accepting Authorization:		Department		
For Office Use Only)	er Accepting Author	ιζαιίθη.			
Nombre (For Office Use Only) Name of Caregive	er Accepting Author	ization.			

**INSTRUCTIONS CONT.** 3742 (English 3740) 4/16

7. En algunos casos, un profesional de la salud no puede entregar estos tipos de expedientes cuando no se ponen las iniciales.

Page 2 of 2

- 8. Marque el cuadro para indicar la forma en que usted desea que se envíen o reciban los expedientes. Nota: Sólo se envían faxes a otros profesionales de la salud.
- 9. La persona que autoriza la entrega de información debe firmar, poner la fecha, escribir su nombre e indicar el parentesco con el paciente. No se puede entregar expedientes de tratamientos de abuso de drogas y alcohol de un menor de 14 años o más, ni tampoco expedientes médicos de ningún tipo de un menor de 15 años o más, sin la autorización por escrito del menor si es que dicho menor accedió por sí solo al tratamiento asociado con los expedientes. St. Charles se reserva el derecho de rechazar este formulario de autorización si la autoridad legal del representante no puede validarse.
- 10. El empleado de St. Charles que acepta esta entrega de información debe firmar y documentar el departamento.