



1ROI

OFFICE USE ONLY (PARA USO DEL CONSULTORIO SOLAMENTE)

Acct/MRN
Initials
Pages
Date

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Completar todas las secciones. Si esta autorización no está completa, es posible que se devuelva y el procesamiento se retrase. Se requiere identificación con fotografía en el momento de presentar la solicitud y recoger la información.

Nombre del(de la) paciente:	Fecha de nacimiento:	Últimos 4 dígitos de número de Seguridad Social:	Teléfono:
-----------------------------	----------------------	--	-----------

Dirección del(de la) paciente: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código postal

Información de salud de Mercy Health Hospital o consultorio médico solicitada por: (Marque todo lo que corresponda)

Children's Hospital  Defiance Hospital  Defiance Clinic  Napoleon Clinic  Perrysburg Hospital  
 St. Anne Hospital  St. Charles Hospital  St. Vincent Medical Center  Tiffin Hospital  Willard Hospital  
 Nombre de médico/consultorio: \_\_\_\_\_  Otro proveedor de atención de la salud: \_\_\_\_\_

Fechas del servicio para divulgar: (desde): \_\_\_\_\_ (hasta): \_\_\_\_\_

Informes específicos a divulgar: (Marque todo lo que corresponda)

Resumen de registros (Resumen al alta, Historial médico y examen físico, Registros de operaciones, Consultas, Resultados de pruebas)  
 Visita a consultorio  Registro de Sala de Emergencia  Historial médico y examen físico  Registros de operaciones  
 Resumen al alta  Registro de vacunas  Resultados de pruebas (Laboratorio, Patología, Radiología y Cardíaco)  
 Facturas detalladas  Notas de terapia  Otros (imágenes, fotos): \_\_\_\_\_  
 Registros completos (estándar es dos años de información, a menos que se indique otra cosa): \_\_\_\_\_

Autorizo a divulgar la información indicada en la lista anterior a la siguiente persona u organización:

A mí O Nombre: \_\_\_\_\_

Si los registros se recogen o se envían por correo, solicitar formato:  Papel o  electrónico (PDF/CD) **PDF/CD** predeterminado si no se especifica

La información se divulgará vía: (Marque uno)

Enviar por correo a la dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código postal  
 Enviar por fax al número: \_\_\_\_\_ (puede haber límite de hojas)  
 Localidad/lugar para recoger información: \_\_\_\_\_  
 My Chart  Revisión en el lugar — con cita, se requiere aviso un mínimo de 48 horas antes  
 Correo electrónico seguro: \_\_\_\_\_ (Conozco los riesgos asociados con el envío de la información por correo electrónico que no sea seguro y Mercy Health no es responsable por divulgaciones que se envíen a la dirección equivocada o que sean interceptados en la transmisión).

Propósito de la divulgación: \_\_\_\_\_  
 (Continuación de la atención, seguro, legal, por favor especificar) - Para uso personal si no se indica otra cosa

- Entiendo y acepto que la información de salud que se solicita divulgar puede contener información relacionada con enfermedad física y mental, resultados o diagnóstico de VIH, tratamiento de SIDA o afecciones relacionadas con SIDA, enfermedades de transmisión sexual y/o consumo abusivo de alcohol o drogas. Esta autorización no incluye la divulgación de notas de sicoterapia (no están incluidas en el Registro de salud legal de Mercy Health - autorización aparte, solo el proveedor o autor de las notas puede divulgarlas).
- Esta autorización vence un año después de la fecha para Ohio y Kentucky y 60 días después de la fecha para Michigan.
- Entiendo y acepto que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que debo hacerlo por escrito mediante correo o fax a la localidad a la que se envió la autorización. Esto no se aplica a información que ya se haya divulgado. Esto no se aplica a divulgaciones de tratamiento, operaciones o pago a compañías de seguro cuando la ley le otorga a las aseguradoras el derecho a refutar un reclamo según la póliza
- Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para obtener tratamiento, a menos que el único propósito del tratamiento sea la divulgación de la información para la que es necesaria esta autorización. La participación en investigaciones requiere una autorización aparte del paciente. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usará o divulgará, tal como lo disponen las reglas del gobierno federal, que se establecen en el Código de Regulaciones Federales de los Estados Unidos, en el artículo 164.524. Entiendo que toda divulgación de información implica la posibilidad de que ocurra una redivulgación no autorizada y de que la información pueda no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre divulgaciones de mi información de salud, puede contactar al Departamento de Divulgación de Información (Release of Information Department) al que se presentó el pedido.
- Entiendo que si estoy pidiendo mi información mientras estoy internado(a)/admitido(a) o estoy recibiendo servicios continuos, es posible que mi registro no esté completo y tendré que pedir la información después de que los servicios se hayan completado y hayan finalizado. Los registros proporcionados serán para tratamiento en la fecha de la firma y/o antes de la fecha de la firma.
- Se puede cobrar por copias de registros.

\_\_\_\_\_  
 Firma del(de la) paciente/representante legal del(de la) paciente Fecha

Relación con el(la) paciente: \_\_\_\_\_

Se debe presentar documentación que compruebe la potestad (tutela, albacea testamentario, poder notarial)