



SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

SOLICITO/AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE MI HISTORIA CLÍNICA A:

Organización o persona: _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____	O'CONNOR HOSPITAL 2105 FOREST AVE SAN JOSE, CA 95128 <input type="checkbox"/> HISTORIA CLÍNICA <input type="checkbox"/> RADIOLOGÍA <input type="checkbox"/> OTRO
---	--

Identificación del paciente

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

La información se divulgará: Por correo En CD Se recojer Revisará

Fechas del tratamiento: _____

Seleccione el tipo de información que se divulgará.

<input type="checkbox"/> Resumen de alta médica	<input type="checkbox"/> Registro de la Sala de Emergencias
<input type="checkbox"/> Historia y examen físico	<input type="checkbox"/> Comentarios de evolución
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de laboratorio	<input type="checkbox"/> Radiografías imagienes <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Copias
<input type="checkbox"/> Informes de consultas	<input type="checkbox"/> Radiografía / TC / IRM / Ecografía / reports Medicina nuclear de informes
<input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos	<input type="checkbox"/> Historia clínica completa (cada página)
<input type="checkbox"/> ECG / Ecocardiograma	<input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico/de adicción a las drogas/de adicción al alcohol

** Consulte la página siguiente para obtener más información acerca de la verificación adicional de la solicitud de divulgación.

Otro, (especifique) _____

Objetivo de la solicitud

<input type="checkbox"/> Tratamiento o consulta	<input type="checkbox"/> A pedido del paciente Este servicio tiene un costo. \$0,25 por página más impuestos
---	---

Otro, (especifique) _____

Consulte la página siguiente

Request for Release of Medical Record Info

Patient Name: _____

Plazo y derecho a revocar la autorización

Excepto en la medida en que ya se haya actuado en virtud de esta autorización, puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación por escrito al Personal de Correspondencia del Departamento de Historias Clínicas (*Correspondence Staff, Medical Records Dept.*) del establecimiento. Excepto en el supuesto de que exista revocación, esta autorización caducará cuando en la siguiente fecha o cuando ocurra el siguiente suceso _____ o un año después de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

Nueva divulgación

Comprendo que la información que se divulgará mediante esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, *Health Insurance Portability and Accountability Act*) de 1996. Por medio de este documento, se exime al establecimiento, sus empleados, sus directivos y sus médicos de toda obligación legal y de cualquier responsabilidad por la divulgación de la información antes mencionada en la medida que se indica y autoriza en el presente documento.

Divulgación de registros de adicción a las drogas y/o al alcohol, y/o de tratamiento psiquiátrico, y/o de VIH/SIDA

Comprendo que si mi historia clínica o mis antecedentes de facturación contienen información que hace referencia a la adicción a las drogas y/o al alcohol, al tratamiento psiquiátrico, a enfermedades venéreas, a análisis de Hepatitis B o C, y/o otra información confidencial, por el presente documento autorizo su divulgación.

Seleccione una opción: Sí _____ (iniciales) No _____ (iniciales)

Comprendo que si mi historia clínica o mis antecedentes de facturación contienen información que hace referencia al análisis y/o al tratamiento relacionados con el VIH/SIDA (Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Insuficiencia Adquirida), por el presente documento autorizo su divulgación.

Seleccione una opción: Sí _____ (iniciales) No _____ (iniciales)

Firma del paciente o representante personal que puede solicitar la divulgación

Puedo revisar o copiar la información médica protegida que se usará o divulgará. **Autorizo a O'Connor Hospital** a usar y divulgar la información médica protegida que se especifica anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Facultad para firmar si no es el paciente: _____

Relación con el paciente: _____

La identidad del solicitante se verifica mediante:

Id. con foto Firma coincidente

Otro, especifique _____ Verificado: por: _____