



*MRN: _____
 Facility Use Only

Solicitud/Autorización para obtener información de salud (expedientes médicos)
(Request/Authorization for Health Information (Medical Records))

Información del paciente	
*Nombre del paciente:	También conocido como:
*Fecha de nacimiento: / /	*Teléfono: () -
*Entregar los expedientes a: <i>¿A qué lugar desea que se envíen los expedientes? ¿Quién desea que reciba los expedientes?</i>	
<input type="checkbox"/> Scripps Health	<input type="checkbox"/> Centro de salud si no se Scripps (incluya Nombre de la Instalación, dirección de la oficina MD):
<input type="checkbox"/> OTRO (Complete la sección que se muestra a continuación)	
Nombre: _____ Teléfono: _____	
Dirección _____	Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
FAX: _____	Correo electrónico: _____
*Me gustaría recibir la información de salud:	
Enviado por <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Enviado por fax <input type="checkbox"/> Por correo electrónico <input type="checkbox"/> Protegido <input type="checkbox"/> No protegido	
*Información de salud que se divulgará: <i>¿Qué desea que se envíe o se divulgue?</i>	
Grupos de expedientes de rutina - Para las siguientes fechas en que se prestó servicio: DE: _____ A: _____	
<input type="checkbox"/> Estancia hospitalaria (antecedentes y exámenes físicos, informes de cirugía, resumen del alta, notas de progreso, informes de laboratorio y radiología)	
<input type="checkbox"/> Visita a la clínica (notas del consultorio, notas de procedimientos, notas de cirugía, resultados de laboratorio, pruebas diagnósticas y radiología)	
<input type="checkbox"/> Visitas al departamento de emergencias (órdenes y notas, resultados de laboratorio y radiología)	
<input type="checkbox"/> Otros expedientes (<i>especifique</i>): _____	
<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología Enviado por <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Nucleus.io Imaging Cloud (** se debe proporcionar un correo electrónico válido arriba)	
Información confidencial - Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:	
<input type="checkbox"/> Expedientes de salud mental	<input type="checkbox"/> Expedientes de tratamiento contra la drogadicción y el alcoholismo
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de VIH	
*Objetivo y uso de la información:	
<input type="checkbox"/> Atención continua <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro:	
Nombre y firma del paciente o del representante autorizado	
*Nombre en letra de imprenta: _____	* Fecha y hora: _____
*Firma: _____	
Si la firma no es la del paciente, indique el tipo de autorización: <input type="checkbox"/> DPOA <input type="checkbox"/> DPR	
<input type="checkbox"/> Padre, madre o tutor <input type="checkbox"/> Otro:	
Testigo (se requiere si firma otra persona que no es el paciente): _____	
Todas las secciones con * deben completarse antes de cumplir con la solicitud	

Facility Use Only	
Records given to Requestor	<input type="checkbox"/> Initials & Corp ID _____
Scanned to Patient Chart	<input type="checkbox"/> Initials & Corp ID _____



ROI 100-8700-747SW



SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD (EXPEDIENTES MÉDICOS)

Lea cuidadosamente y complete el reverso de este formulario.

Todas las secciones de esta autorización deben llenarse completamente antes de que Scripps pueda proporcionar o divulgar su información médica protegida.

EXPLICACIÓN: Este formulario autoriza a usar o divulgar la información médica protegida de la manera descrita a continuación; además, es de carácter voluntario. Scripps no puede condicionar sus servicios al hecho de que firme o no esta autorización, salvo en circunstancias limitadas; por ejemplo, para servicios relacionados con decisiones sobre investigaciones, elegibilidad o inscripción; o para servicios prestados exclusivamente a fin de generar información para un solicitante externo (como la indemnización laboral). En estas circunstancias, Scripps puede rehusarse a prestar servicios, a menos que usted proporcione una autorización para la divulgación de su información. **Tenga en cuenta que, una vez que su información salga de Scripps, el establecimiento ya no podrá protegerla y los que reciban dicha información podrían no estar sujetos legalmente a la protección de su información.**

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA ESPECÍFICA: Las leyes federales y estatales exigen que obtengamos autorización específica del paciente a fin de divulgar información confidencial. La definición de información confidencial comprende tratamientos o documentación referente a resultados de pruebas de VIH y SIDA; tratamientos psiquiátricos, contra el alcoholismo y la drogadicción. Tenga en cuenta que haremos lo posible por excluir esta información, a menos que usted solicite específicamente su divulgación.

TIPOS DE AUTORIZACIONES ACEPTABLES: Se requiere autorización legal para que alguien que no sea el paciente pueda firmar este formulario. Estas autorizaciones pueden incluir: poder legal designado (DPOA), representante designado del paciente (DPR), curatela, padre, madre o tutor.

DURACIÓN: Comprendo que la presente autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, de acuerdo con las instrucciones del Aviso de prácticas de privacidad de Scripps, salvo en la medida en que se hayan llevado a cabo acciones en virtud de esta autorización. A menos que se revoque, esta autorización permanecerá en vigencia durante un año.

RESTRICCIONES: Comprendo que Scripps no podrá usar o divulgar información médica adicional, salvo que obtenga otra autorización de mi parte, o que las leyes exijan o permitan específicamente su uso o divulgación. Por la presente, eximo a Scripps de toda responsabilidad legal que pudiera surgir como consecuencia de la divulgación de esta información a la parte mencionada en la Página 1 del formulario de autorización.

CARGOS: No se cobran cargos por enviar los registros a otro proveedor de atención médica. Los registros divulgados directamente al paciente o un representante autorizado pueden estar sujetos a cargos; Habrá una tarifa única de \$ 5 por cada solicitud del paciente. Se pueden aplicar cargos adicionales por cualquier registro producido en formato electrónico más de 250 páginas a \$ 0.02 / página y / o en formato papel más de 50 páginas a \$ 0.10 / página. La tarifa cubre los costos administrativos, así como cualquier / todos los costos asociados con la copia de la información. **Tarifas de imágenes de radiología:** A menos que se envíe directamente a un proveedor, **\$6.50** por una copia de CD o carga de Nucleus.io Imaging Cloud

COPIA ADICIONAL: Asimismo, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si así lo solicito.