Nombre del paciente Fecha de nacimiento

Dirección N.° de teléfono

Yo, , por la presente autorizo a

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

a divulgar la información especificada a continuación sobre mis

**NOMBRE DEL HOSPITAL/MÉDICO/CENTRO**

expedientes médicos que cubren las fechas del servicio desde hasta La información marcada con una "X" a continuación se divulgará a:

NOMBRE DEL HOSPITAL, MÉDICO, AGENCIA DE SERVICIOS O TERCEROS (Indique el número de fax si se trata de un hospital o un médico)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DIRECCIÓN |  | |  | | CIUDAD | ESTADO CÓDIGO POSTAL |
| Propósito de la divulgación: | | Médico | | Seguro | Legal | Otros |
| **\**El propósito de la divulgación no es obligatorio para solicitudes de pacientes/representante personal.*** | | | | | | |

Marque los datos que se van a divulgar:

Resumen del alta médica

Instrucciones para el alta/resumen final de consulta Historia clínica y examen físico

Informes de consulta

Notas de evolución

Informes de patología

Laboratorio

Cardiología

Visita clínica Resumen

Informe quirúrgico

Informe radiográfico   
Radiografías

Registro   
de urgencias

Otros

Método de entrega:

Papel

N.° de fax

Correo electrónico

Se requiere la autorización expresa del paciente para divulgar determinados tipos de registros, incluido el tratamiento y la información sobre el abuso de alcohol y/o drogas, las pruebas y el tratamiento del VIH, la terapia psiquiátrica y las pruebas genéticas (definidas en la Ley de No Discriminación por Información Genética del 2008 [GINA, por sus siglas en inglés], Sección 201 7 A y B). Para autorizar la divulgación de esta información, lea y firme lo siguiente:

Yo, , autorizo la divulgación del  **tratamiento y la información sobre el abuso** de alcohol y/o drogas.

*(Firma del paciente)*

Yo, , autorizo la divulgación de los resultados de **las pruebas** y/o del tratamiento del VIH.

*(Firma del paciente)*

Yo, , autorizo la divulgación de  **información** psiquiátrica.

*(Firma del paciente)*

Yo, , autorizo la divulgación de **información** sobre pruebas genéticas.

*(Firma del paciente)*

Al autorizar la divulgación de la información confidencial identificada anteriormente, renuncio a todas las restricciones o privilegios impuestos por la ley y eximo a Terrebonne General Health System y a su personal de cualquier restricción o privilegio impuesto por la ley en relación con la divulgación o publicación de cualquier registro, observación o comunicación profesional. Comprendo que la información que se divulga puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida. Comprendo que mi tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.

Esta autorización puede revocarse por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Terrebonne General Health System ya haya tomado medidas en función de ella. Las cartas para revocar esta autorización deben estar dirigidas a HIM Department, 8166 Main Street, Houma, LA 70360.

Si no se revoca previamente por escrito, esta autorización caducará cuando se divulgue la información solicitada o expirará en seis meses.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DIRECCIÓN

RELACIÓN CON EL PACIENTE

TELÉFONO

FECHA DE FIRMA

FIRMA DEL TESTIGO (si el paciente no puede firmar) RELACIÓN CON EL PACIENTE O CREDENCIALES FECHA DE FIRMA

**Gestión de la información médica Divulgación de información**

Debido al volumen de solicitudes de copias de historias clínicas que se reciben diariamente, Terrebonne General Health System contrata a MRO (Medical Records Online) para copiar y divulgar las historias clínicas. La ley obliga a pagar por este servicio, pero la información médica se envía gratuitamente a hospitales y médicos.

Para obtener copias de sus expedientes, es posible que se le cobre una tasa basada en el siguiente programa de tarifas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cómo se mantiene la información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés)** | **Formato solicitado de la PHI** | **Honorarios razonables basados en los costes** |
| Electrónicamente  Híbrido (electrónico y en papel) | Electrónico  (Correo electrónico o CD-ROM) | Tarifa plana de $6.50 (incluye trabajos en curso, suministros y gastos de envío), más el impuesto sobre las ventas aplicable |
| Híbrido, en papel o electrónico (electrónico y en papel) | Papel | $0.10 por página ($0.08 por página en concepto de trabajos en curso y $0.02 por página en concepto de suministros), más los gastos de envío y el impuesto sobre las ventas aplicables |
| Papel | Electrónico  (Correo electrónico o CD-ROM) | $0.08 por página (trabajos en curso), más el franqueo y el impuesto sobre las ventas aplicables |

Una vez que los registros estén listos, se le notificará por correo. Consulte la factura para obtener información sobre el pago. El pago puede realizarse mediante cheque, tarjeta de crédito o giro postal. Posteriormente, se le enviarán por correo los documentos solicitados.

Tenga en cuenta que pueden divulgarse los registros de otra institución que figuren en los registros solicitados. Comuníquese al 985-873-4090 para verificar el estado de su solicitud, realizar un pago o hacer cualquier pregunta.