

Autorización para la divulgación de información confidencial

Información para el paciente (en letra de imprenta):

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Numero de Telefono: (____) _____

Descripción de los registros médicos solicitados:

Fecha(s) de servicio (obligatorio): _____

(Marque las casillas a continuación)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toda la información
médica | <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/patología |
| <input type="checkbox"/> Salud conductual/mental | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Documentos de
facturación | <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> Operaciones/Procedimientos
conocidos |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de cardiología | <input type="checkbox"/> Visita a la sala de
emergencias | <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas |
| <input type="checkbox"/> Informes de Cardiología | <input type="checkbox"/> Resultado de la prueba
de VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Informes Radiológicos |
| | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Uso previsto de la información:

- Paciente/Usó personal Atención continua de terceros

Ordeno que los registros médicos indicados anteriormente se proporcionen a lo siguiente:

Nombre: _____ Teléfono (____) _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Método de entrega (marque una casilla):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MyChart (en inglés) | <input type="checkbox"/> Correo - CD |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro: | <input type="checkbox"/> Correo - Papel |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico no seguro: | <input type="checkbox"/> Fax: _____ |

*El correo electrónico no cifrado tiene cierto nivel de riesgo de que su información médica pueda ser leída o accedida por un tercero mientras está en tránsito. Al marcar esta casilla y firmar

Acepte este riesgo y aún así quiera que su información médica se envíe por correo electrónico no seguro.

Se requiere firma en el reverso/segunda página



Autorización para la divulgación de información confidencial

1. Puede revocar esta autorización en cualquier momento, pero solo por escrito enviado por correo a: Saint Agnes Medical Center c/o Health Information Management 1303 E. Herndon Ave. Fresno, CA 93720. Su revocación entrará en vigor a partir de su recepción; solo en la medida en que el Centro Médico Saint Agnes no haya confiado ya en esta autorización.
2. Es posible que reciba una copia de esta autorización.
3. La información médica divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la destinatario, y es posible que no esté protegido por las leyes estatales o federales de privacidad de la información.
4. Esta autorización vencerá automáticamente 6 meses después de la fecha de firma que se indica a continuación, excluyendo la inscripción en el Portal del Paciente.
5. Esta autorización no es válida a menos que se completen todos los elementos requeridos.

Autorizo a Saint Agnes a divulgar información médica como se indica en esta autorización:

Firma del paciente o representante personal

Fecha (debe estar fechada)

Nombre impreso representante del paciente
(Si no está firmado por el paciente)

Autoridad para actuar como representante
(Documentación requerida)

**Devuelva el formulario completo a: Correo electrónico: frhsmedicalrecords@samc.com
o Administración de Información de Salud 1303 E. Herndon Ave. Fresno, CA 93720**

Solo para uso en la oficina

ID Verificado Lanzamiento: _____ Departamento: _____ Fecha: _____

