

Registros medicos: Instrucciones para autorización de acceso
INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO
PARA AUTORIZACION DE ACCESO

Identificación del paciente – Ésto es campo obligatorio. Ésta parte es para información tocante al paciente. Favor de llenar por completo.

Persona con autorización de recibir información – Ésto es campo obligatorio. Ésta parte es para denotar a quién quiere autorizar a recibir la información.

Fechas de cuidado de salud para acceder - Ésto es campo obligatorio. Tiene que completarse a ésta parte con “de” y “hasta”. Puede ser tan general como decir mes/año o año a año pero tiene que llevar fecha.

Propósito de la solicitud - Ésto es campo obligatorio. Hay otro campo si ninguna de las opciones se aplican.

Tipo de información para acceder - Ésto es campo obligatorio. Por favor indique el tipo de información que autoriza para acceso. Hay otra línea para información que no esta en la lista.

Límite de tiempo y derecho de revocar autorización - Éste es un área que puede completar con una fecha o acontecimiento que vence la autorización. Si no lo completa con una fecha o acontecimiento, se vencerá automaticamente a 180 dias de la fecha en que lo firma. Esto también incluye una declaración de habilidad requerida pero que no necesita respuesta.

Acceso de registros de abuso de alcohol/drogas,y psiquiátrico, y/o VIH/SIDA.
– Si ésto no se aplica a usted, no necesita completarlo. (No obstante, si hay mención CUALQUIERA de esto en el registro, no será soltado.)

SI MARCO “SI” O “NO” TIENE QUE PONER SUS INICIALES EN LA RESPUESTA O LA AUTORIZACION ENTERA YA NO SERA VALIDA.

Revelación nueva – Ésta es una declaración requerida pero no necesita respuesta.

Firma del paciente o representante personal quien puede pedir acceso – Éste área tiene que ser firmado por el paciente o tiene que llevar comprobante de autorización adjunto. (es decir: certificado de muerte con el nombre del firmador como pariente más próximo, poder para cuidado de salud con declaración del

médico tocante a la incapacidad del paciente de firmar, orden de la corte cediendo tutela legal)

Parentesco (si no es el paciente) - Ésto es campo obligatorio para el parentesco del que firma (ejemplo: PODER, pariente, (si el paciente es menor de 18). Madrastra, abuela, etc. NO PUEDE firmar una autorización para registros medicos a no ser tutor legal ordenado por la corte.

Fecha - Ésto es campo obligatorio. Es la fecha en que el paciente firma el formulario.

INFORMACION MAS ABAJO DE LA LINEA DE PARENTESCO Y FECHA SON UNICAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA.

Autorización para el uso y la divulgación de la información médica protegida

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____

No. de Seguro Social: _____ TE: (____) _____

FECHAS DEL TRATAMIENTO A DIVULGAR:

Desde (fecha) _____

Hasta (fecha) _____

PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN

Nombre: _____

Domicilio: _____

TE: (____) _____ Fax: (____) _____

OBJETIVO DE LA SOLICITUD:

Tratamiento o consulta

A pedido del paciente

Pago de reclamos o facturas

Otros: _____

TIPO DE INFORMACIÓN A DIVULGAR:

<input type="checkbox"/> Informes radiográficos	<input type="checkbox"/> Informe de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Informe de análisis de laboratorio
<input type="checkbox"/> Placas/imágenes por rayos X	<input type="checkbox"/> Informe de cirugía	<input type="checkbox"/> Historia y examen físico
<input type="checkbox"/> Factura detallada	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Informes de consulta
	Otros: _____	

Límite de tiempo y derecho a revocar la autorización

Salvo en la medida que ya se hubiera implementado alguna acción basándose en la presente autorización, en cualquier momento puedo revocar esta autorización presentando un aviso por escrito al Funcionario de Privacidad del establecimiento, en Willamette Valley Medical Center. A menos que se revoque, la presente autorización vencerá dentro de 180 días o en la siguiente fecha o evento: _____

Divulgación de registros sobre abuso de drogas y/o alcohol y/o VIH/SIDA y/o de registros psiquiátricos

Entiendo que si mis registros médicos o de facturación contienen información que hace referencia al abuso de drogas y/o alcohol, a un tratamiento psiquiátrico, enfermedades transmitidas por vía sexual, análisis de hepatitis, análisis genéticos y/u otra información delicada, autorizo su divulgación. Iniciales SÍ _____ Iniciales NO _____

Entiendo que si mis registros médicos o de facturación contienen información referente al análisis y/o tratamiento del VIH/SIDA (Virus de inmunodeficiencia humano/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), autorizo su divulgación. Iniciales SÍ _____ Iniciales NO _____

Divulgación por el receptor

Entiendo que la información divulgada basándose en esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor de la misma y que ya no quedará protegida por Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, *Health Insurance and Accountability Act*). Por el presente, el establecimiento, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de toda responsabilidad legal o civil por la divulgación de la información antes citada, en la medida que se indique y autorice en este documento.

Firma del paciente o del representante personal que puede solicitar la divulgación

Entiendo que Willamette Valley Medical Center no puede condicionar mi tratamiento al hecho de que yo firme o no este formulario de autorización, a menos que se hubiera especificado anteriormente, bajo el título Objetivo de la solicitud. Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida a usar o divulgar.

Autorizo a Willamette Valley Medical Center a usar y divulgar la información médica protegida que se especificara con anterioridad.

Firma: _____ Fecha: _____

Persona que verificó la identidad del solicitante: _____

_____ Documento de identidad con foto

_____ Comparación de firmas

_____ Otros: _____

Persona que verificó la identidad del receptor: _____

_____ Documento de identidad con foto

_____ Comparación de firmas

_____ Otros: _____

Firma del receptor: _____



**RELEASE OF INFORMATION
AUTHORIZATION TO USE AND
DISCLOSE-SPANISH**