

Saint Anne's Hospital

A STEWARD FAMILY HOSPITAL



SAINT ANNE'S HOSPITAL

Solicitud del Paciente /Autorización para usar o revelar información médica protegida

N.º de expediente médico _____

Por la presente autorizo a (HOSPITAL NAME) a utilizar o revelar la información médica protegida de mis expedientes médicos que se especifica abajo:

1) NOMBRE DEL PACIENTE: (En letra de molde) _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

Número(s) de teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: (Si corresponde) _____

2) LA INFORMACIÓN SE REVELARÁ A:

Nombre de la persona o del centro (en letra de molde) _____

Dirección (en letra de molde) Ciudad Estado Código Postal _____

Correo electrónico: (Si corresponde) _____

Fax n.º _____

N.º de teléfono _____

3) Método de entrega preferido:

- Correo electrónico
- Correo postal a la dirección indicada en el apartado 2 arriba
- Recepción en persona

4) Fechas de tratamiento desde: _____ **Hasta:** _____

5) EXPEDIENTES/INFORMES ESPECÍFICOS A REVELAR:

- Antecedentes de admisión y examen físico Resultados de laboratorio Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla)
- Resumen del alta Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI]) Otro (especifique) _____
- Consulta _____
- Sala de emergencias Informes de patología _____
- Informes de electrocardiograma (ECG) Notas de la cirugía _____

6) REVELACIÓN RESTRINGIDA: No revelaremos la siguiente documentación **a menos que** usted marque la casilla correspondiente y proporcione una firma adicional:

Revelación	Firma	Revelación	Firma
<input type="checkbox"/> Documentación de los proveedores de salud mental/conductual*		<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas/Resultados de las pruebas* o <input type="checkbox"/> abuso de sustancias	
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de detección de VIH/SIDA		<input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas Tratamiento***	
<input type="checkbox"/> Comunicaciones confidenciales con un trabajador social		<input type="checkbox"/> Abuso y abandono de niños y adultos mayores	
<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de agresión sexual/violación		<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de violencia doméstica	
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual			

* Esta autorización no es válida para el uso o revelación de notas de psicoterapia

** El término "pruebas genéticas" se refiere únicamente a las pruebas que determinan sus posibilidades futuras de desarrollar una enfermedad, no a las pruebas realizadas para diagnosticar una condición o problema actual.

***Solo se aplica a los expedientes creados por un "individuo o entidad que se presenta como proveedor de diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento". (Código de Reglamentos Federales 42 [CFR] Parte 2) No se exige para los expedientes que se crean o mantienen en un centro médico general.

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2



* S C A - R O I *

Saint Anne's Hospital

A STEWARD FAMILY HOSPITAL

Steward

SAINT ANNE'S HOSPITAL

Solicitud del Paciente /Autorización para usar o revelar información médica protegida

7) SOLICITUD DE EXCLUSIÓN:

Solicito que la o las siguientes admisiones/visitas se excluyan específicamente de esta solicitud _____ (especifique fechas de servicio).

8) PROPÓSITO DE REVELACIÓN:

Atención médica Legal Seguro Personal Otros _____

*Se pueden aplicar cargos

9) PLAZO: Esta Autorización permanecerá vigente durante un año o:

- Hasta que **SAINT ANNE'S HOSPITAL** atienda esta solicitud.
 Desde la fecha de la autorización hasta _____ el día de _____ de 20____
 Hasta que ocurra el siguiente evento: _____
 Otro: _____

10) REVOCACIÓN: Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento solicitándola a **SAINT ANNE'S HOSPITAL** por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que **SAINT ANNE'S HOSPITAL** reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que **SAINT ANNE'S HOSPITAL** haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Gestión de la información médica

SAINT ANNE'S HOSPITAL

Escriba la dirección

Escriba la dirección

11) EFECTO SOBRE EL TRATAMIENTO/PAGO/INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD: Comprendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización por cualquier motivo; y que, al hacerlo, no se verán afectados el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento, el pago, la inscripción en el seguro de salud o la posibilidad de recibir beneficios en **SAINT ANNE'S HOSPITAL**.

12) POTENCIAL DE REVELACIÓN POSTERIOR: Comprendo que la persona que reciba mi Información Médica Protegida puede no estar obligada a cumplir con las leyes de privacidad federales y estatales, y que mi Información Médica Protegida podría dejar de estar protegida por la ley estatal y federal aplicable una vez que sea revelada por **SAINT ANNE'S HOSPITAL**.

13) ACCESO: Comprendo que, en determinadas circunstancias, **SAINT ANNE'S HOSPITAL** tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El **SAINT ANNE'S HOSPITAL** me notificará por escrito tales denegaciones.

He leído y comprendido los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre el uso o revelación de mi información médica. Con mi firma abajo, autorizo a **SAINT ANNE'S HOSPITAL**, con conocimiento de causa y de forma voluntaria, a utilizar o revelar mi información médica en la forma descrita arriba.

14) _____
Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre del paciente en letra de molde _____ Testigo _____

For Office Use:

I.D. Verification _____

Firma del representante autorizado Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización:

15) _____
Firma del representante personal _____ Fecha _____

15) _____
Nombre en letra de molde del representante del paciente _____ Relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre _____

Las preguntas sobre revelación deben dirigirse al director de gestión de información médica del hospital.

For Office Use:

Request processed on (date) _____ (time) _____ (Signature) _____

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2



* S C A - R O I *

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (HIM 44)
SHC_ROI_14000 01/2022 Page 2 of 2 Original MR-998S (2-2022) Revised 7-2022