

**AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico (opcional): _____

Formato de la petición (Marque SOLO una opción)

☐ Copia en papel ☐ Portal del paciente MyChart ☐ Correo electrónico ☐ Fax ☐ CD ☐ Unidad flash USB
☐ Exportación de EHI (Tenga en cuenta: Consulte la sección de exportación de EHI)

Formato de entrega (Marque SOLO una opción)

☐ Correo ☐ Retiro personal ☐ Fax ☐ Portal del paciente MyChart ☐ Correo electrónico (cifrado)
☐ Correo electrónico (NO cifrado) (Tenga en cuenta: Si quiere que enviemos información por correo electrónico no cifrado, esto aumenta el riesgo de que la información pueda ser leída por un tercero no autorizado).

Motivo o propósito del uso o la revelación de la información

☐ Atención continua ☐ Petición del paciente ☐ Asunto legal/abogado ☐ Seguro/Pago
☐ Otro (especifique): _____

Autorizo que mi información médica se revele de:

☐ Owensboro Health Regional Hospital
☐ Owensboro Health Muhlenberg Community Hospital
☐ Owensboro Health Twin Lakes Medical Center
☐ Owensboro Health Medical Group (especifique el consultorio del médico): _____
Una exportación de EHI generada por Owensboro Health, Inc incluirá TODA la información médica electrónica relativa al paciente a través de la organización OHI y todos los socios de Community. Para obtener una lista completa, acceda al enlace:
<https://www.owensborohealth.org/epic/physicians/provider-list>

Autorizo que mi información médica se envíe a: ☐ Mí ☐ O ☐ La dirección de abajo

(Nombre del hospital, médico, proveedor de atención médica, otro)

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono Fax Dirección de correo electrónico

Información para revelar

Información para revelar en el siguiente intervalo de fechas _____ al _____
(marque los registros que quiere que se revelen)
☐ Resumen del expediente médico (p. ej., historia y examen físico, informes de cirugías, consultas, informes de pruebas y resumen del alta) ☐ Informes del Departamento de Emergencias ☐ Informes operativos/de procedimientos ☐ Vacunas ☐ Informe(s) de radiografías ☐ Informe(s) de análisis de laboratorio
☐ Facturación ☐ Otro _____

Revelación de registros especiales protegidos

Entiendo que la siguiente información puede incluirse en mis expedientes médicos: información relacionada con las pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico o tratamiento de consumo de drogas o alcohol (sustancias), información relacionada con la salud mental o trastornos psiquiátricos o información genética.

Exportación de EHI

- La información médica electrónica (EHI) se refiere a la “información médica electrónica protegida (ePHI)” solo en la medida en que se incluya en el expediente médico. La EHI no incluye las notas de psicoterapia, tal como se definen en 45 CFR 164.501, ni la información recopilada con antelación razonable de una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, o para su uso en estos procesos.
- Los archivos de exportación de EHI se entregarán en “formato legible por computadora” (TSV) que puede requerir el uso de un programa computacional especial.

Aviso sobre el registro de parto de la madre

Entiendo que, si doy a luz en Owensboro Health, una parte de mi expediente médico formará parte del expediente médico del recién nacido.

Vencimiento

Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente por 120 días desde la fecha de la firma.

Sus derechos

Entiendo que autorizar la revelación de la información identificada arriba es voluntario. Entiendo que, si me niego a firmar, mi denegación no afectará mi posibilidad de recibir tratamiento, de inscribirme en cualquier plan médico o de ser elegible para recibir pagos/beneficios.

Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe hacerse por escrito, estar firmada por mí o en mi nombre y entregarse en el lugar donde se presentó la petición original. Entiendo que la anulación entrará en vigor en el momento de su recepción y no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización.

Entiendo que la anulación no se aplicará a mi compañía de seguros en los casos en que la ley le dé al asegurador el derecho a impugnar un reclamo según mi póliza.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización (lo que es obligatorio si esta autorización se pide para que la use el proveedor o para revelar información médica).

Tengo derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica cuyo uso o revelación autorizo.

Entiendo que la información usada o revelada de acuerdo con esta autorización ya no podrá estar protegida por la ley federal de privacidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, HIPAA) y que el destinatario de su información médica podría volver a revelarla.

Representante legalmente autorizado

Si pide registros de un paciente adulto, se aplicará lo siguiente:

- 1) Poder notarial: Se debe presentar una copia del documento del poder notarial.
- 2) El albacea o el administrador de la hacienda del paciente adulto fallecido debe presentar una copia del requisito o de la orden de nombramiento, firmada por un juez, como el albacea o el administrador de la hacienda.
 - Si no hay una hacienda, se deben presentar documentos judiciales que indiquen el nombramiento de un representante personal.
- 3) Tutor legal: El tutor legal debe presentar una orden de nombramiento, firmada por un juez, que dé la tutela.

Si pide registros de un paciente menor de edad, se aplicará lo siguiente:

- 1) Custodia legal conjunta: Uno de los padres debe presentar la documentación de la custodia.
- 2) Tutor legal: El tutor legal debe presentar una orden de nombramiento, firmada por un juez, que dé la tutela.

Firma (según lo exija la ley)

Leí y entiendo esta información. Soy el paciente o estoy autorizado para actuar en nombre del paciente para firmar este documento en el que se confirma la autorización para el uso o la revelación de la información médica protegida según los términos establecidos arriba.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____ Time/Hora: _____
(Patient/Legal Representative)/(Paciente/Representante legal)

If signed by Legal Representative, print name and relationship/Si lo firma el representante legal, debe escribir su nombre en letra de molde y la relación.

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación _____