



Solicitud de Información – Autorización de Paciente

Todas las secciones de esta autorización DEBEN ser completadas para que sea valida de acuerdo a 42 CFR Partes 160 y 164

Nombre de Paciente:
Fecha de Nacimiento:
Dirección:
Ciudad:
Estado:
Código Postal:
Correo Electrónico:
Teléfono:

Solicito mi información de salud protegida (PHI) de: Hospitals Clinicas
Saint Luke's Hospital-Plaza
Anderson County Hospital
Saint Luke's East Lee's Summit
Cushing Memorial Hospital
Saint Luke's South
Hedrick Medical Center
Saint Luke's Northland-Barry Road
Wright Memorial Hospital
Saint Luke's Northland-Smithville
Crittenton Children's Center
Saint Luke's Cancer Institute
Saint Luke's Home Care & Hospice
Saint Luke's Medical Group
Cabot Westside Health Center
Saint Luke's Cardiovascular Consultants
Saint Luke's Neurological Consultants
Saint Luke's Regional Lab s
Otro:

Solicito que mi información de salud protegida (PHI) sea revelada a:

Nombre:
Correo Electrónico:
Dirección:
Teléfono:
Ciudad/Estado:
Código Postal:
Fax (de proveedor solamente):

Autorizo la siguiente PHI sea revelada de mi(s) expediente(s) médico(s):

Expediente de Sala de Urgencias
Informe(s) de Laboratorio
Platinas de Patología
Expediente Médico Completo (todas las páginas)
Informe(s) de Radiología
Facturación detallada
Abstracto/ Resumen hospitalario (Informe dictados de Rad/Lab)
Placas/trazados/medios radiológicos
Otro:

Cubriendo el periodo de cuidado de salud desde:

Fecha específica(s): a O Todos los encuentros o visitas pasados, presentes y futuros

Propósito de solicitar la información:

Como será recibida la información (Si no se marca será en papel):

Legal
Seguros
US Mail – formato papel
Fax (solo a proveedor de cuidados de salud)
Personal
Continuación de cuidado
Correo Electrónico – formato seguro
CD – Formato electrónico seguro

Al firmar este formulario de autorización, yo entiendo que:

- Las solicitudes de expedientes médicos y/o material no-documental pueden estar sujetas a cargos por reproducción o copias.
PHI puede incluir expedientes relacionados a cuidado de salud mental, enfermedades comunicables, VIH/SIDA, y/o tratamiento para el abuso de alcohol/drogas.
Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser hecha por escrito y presentada al Departamento de Administración de Información de Salud. La revocación no aplicará a información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización.
A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha/evento/condición: Si omito el especificar una fecha/evento/condición, esta autorización vencerá a partir de un año de la fecha de su firma.
El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no deberá quedar condicionada a si firmo o no esta autorización.
Cualquier revelación de información conlleva el potencial de que la misma pueda ser divulgada, y que esta información podría ya no quedar protegida por las reglas de confidencialidad.

Firma de Paciente/Representante Autorizado:
Fecha:
Hora:

Nombre escrito del representante autorizado:
Relación con el paciente:

Firma de testigo:
Fecha:
Hora:

Si es firmado por el Representante autorizado del paciente, documentación legal de respaldo debe de acompañar este formulario de autorización