



3 0 0 3 8 5



Autorización para usar o revelar información médica protegida (PHI)

Al completar y firmar este formulario, autorizo a que se revelen mis registros como se indica abajo. Todos los registros enviados por CD y correo electrónico se enviarán de manera segura usando cifrado o un enlace seguro a menos que se pida lo contrario. Por el riesgo de que la información pueda ser potencialmente interceptada o alterada en el camino, Baptist Health recomienda encarecidamente usar cifrado o un enlace seguro para transmitir registros de pacientes para promover la confidencialidad y la integridad de la información del paciente, y únicamente enviar registros a través de canales no cifrados/inseguros si el paciente así lo pide.

Información del paciente	Nombre completo del paciente:	Apellido anterior:	Fecha de nacimiento:
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:		Últimos 4 dígitos del SNN:
	Dirección de correo electrónico:	N.º de teléfono:	

Revelar a/Método de entrega	Autorizo a que revelen mis registros a <u>una</u> de estas entidades:		
	<input type="checkbox"/> A mí mismo: Pido que Baptist Health me revele mi información médica protegida usando la información que aparece arriba. Seleccione el método de entrega abajo.		
	<input type="checkbox"/> Otra persona/organización: Soy paciente, o representante legalmente autorizado del paciente que aparece arriba, y pido que Baptist Health revele mi información médica protegida a la persona/organización que aparece abajo. Complete los campos de dirección y seleccione el método de entrega abajo. (NOTA: Si el receptor designa un método de entrega alternativo, cumpliremos de la mejor manera posible).		
	<input type="checkbox"/> Papel a través del correo de EE. UU.	<input type="checkbox"/> CD a través del correo de EE. UU. (se necesita software de cifrado)	<input type="checkbox"/> Correo electrónico (asegúrese de que su correo electrónico esté enlistado)
	<input type="checkbox"/> Fax (deben ser menos de 50 páginas)	<input type="checkbox"/> MyChart (revelado únicamente a padres/paciente/tutor legal)	
Persona:	Organización:		
Dirección:	N.º de fax:	N.º de teléfono:	
Ciudad/Estado/Código postal:	Dirección de correo electrónico:		

Propósito	Propósito de revelar a otra persona/organización (no es necesario si se revela directamente al paciente):		
	<input type="checkbox"/> Continuación de la atención/Transferencia de la atención <input type="checkbox"/> Abogado/Jurídico	<input type="checkbox"/> Seguro social/Discapacidad <input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____

Información a revelar	Autorizo a que se revelen los registros de:		
	<input type="checkbox"/> Consultorio médico de Baptist: Nombre del proveedor (obligatorio): _____ Dirección del consultorio (obligatorio): _____	<input type="checkbox"/> Baptist Hospital (especificar centro): _____	<input type="checkbox"/> Atención médica a domicilio
	FECHAS DE SERVICIO SOLICITADAS: Desde _____ hasta _____ (si no se enlistan fechas, se mostrarán los últimos 12 meses de manera predeterminada)		
Elija entre estas opciones (elijan todas las que correspondan). Si no selecciona ninguna opción, se revelará el Paquete 1. (Las descripciones del paquete están en la parte de atrás del formulario)			
<input type="checkbox"/> Paquete 1: Documentación clave dentro del expediente médico (excluyendo la documentación de facturación)			
<input type="checkbox"/> Paquete 2: Toda la documentación dentro del expediente médico (excluyendo la documentación de facturación)			
<input type="checkbox"/> Registros de facturación: Toda la documentación de facturación.			
<input type="checkbox"/> Otros: Especifique qué registros (como resultados de análisis de laboratorio, informes de radiografías, electrocardiograma, informe de patología, imágenes, etc.): _____			

Autorización para padres/pacientes/tutores legales	Entiendo que la información médica protegida revelada puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También podría incluir información sobre mis servicios de conducta o de salud mental, y del tratamiento recibido por consumo de drogas y alcohol si corresponde para mí.	
	Revocación (cancelación) de la autorización: Podría revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento. Las revocaciones (cancelaciones) deben hacerse por escrito y enviarse a Baptist Health Release of Information Department (Departamento de Revelación de Información de Baptist Health) a la dirección que aparece en este formulario. Las revocaciones (cancelaciones) no se aplicarán a la información que ya se haya revelado. Si esta autorización se obtuvo como condición para dar cobertura de seguro, la autorización no se aplicará a mi compañía de seguros siempre que la ley le dé a mi aseguradora el derecho de objetar un reclamo de la política, o la política en sí misma. Esta autorización vencerá el _____. Si no se incluyó fecha, la autorización vencerá en un plazo de un año a partir de la fecha de la firma.	
	Las leyes federales y estatales protegen la información revelada conforme a esta Autorización. Entiendo que si el receptor autorizado de la información no es un proveedor de atención médica o un plan médico que esté cubierto por las reglamentaciones de privacidad federales, la información se puede volver a revelar y ya no estará protegida. Sin embargo, se le puede prohibir al receptor que revele información sobre trastorno por consumo de sustancias según los requisitos de confidencialidad federales para registros de pacientes con consumo de sustancias ya que la Ley Federal 42 de CFR, parte 2 prohíbe la revelación no autorizada de estos registros. Esta información no puede usarse para hacer una investigación criminal o abrir un proceso judicial a un paciente por consumo de sustancias. Además, la ley estatal prohíbe que un receptor revele aún más los resultados de las pruebas relacionadas con VIH o sida sin un consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece esa información. Para este fin, NO es suficiente con una autorización general para la revelación de información médica o de otro tipo.	
La autorización es voluntaria. Entiendo que Baptist Health no basará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios en mi voluntad de firmar este documento.		

FIRMA	_____	_____	_____
	Firma del paciente o representante legal	Relación con el paciente	Fecha

Sugerencias para pedir copias de expedientes médicos

¿LO SABÍA?

INFORMACIÓN A REVELAR

- **Paquete 1:** Documentación clave dentro del expediente médico incluyendo, si corresponde, historia clínica, estudios físicos, información de diagnóstico, resumen del alta, cirugías, consultas, visitas en el consultorio, resultados de análisis de laboratorio, informes de pruebas y observaciones de la sala de emergencias del centro, proveedor y las fechas que aparecen en la parte de atrás. Esto no incluye documentación de facturación.
- **Paquete 2:** Toda la documentación dentro del expediente médico incluyendo el contenido del Paquete 1 junto con los demás contenidos del expediente médico, como observaciones de enfermería, hoja de curso clínico, registros de administración de medicamentos y órdenes médicas para el centro, el proveedor y las fechas que aparecen en la parte de atrás. Esto no incluye documentación de facturación.
- **Registros de facturación:** Toda la documentación de facturación.
- **Otros:** Si no quiere todos los registros incluidos en el Paquete 1 o el Paquete 2, o todos los registros de facturación, especifique qué registros deben revelarse (como resultados de análisis de laboratorio, informes de radiografías, electrocardiogramas, informes de patología, imágenes, etc.)

- Un representante personal puede firmar el formulario de autorización para pedir o revelar registros si tiene la autoridad legal adecuada para hacerlo. El representante personal de un menor de edad normalmente es el padre, madre o tutor legal del niño. Si el representante personal que firma el formulario de autorización no es el padre ni la madre del menor, envíe un documento de custodia legal con la solicitud. Si hay un decreto de custodia, se requiere documentación que demuestre que la persona que firma tiene la autoridad para tomar decisiones médicas por el niño que está bajo el decreto de custodia. Si firma como representante personal de un adulto mayor de 18 años, o por una persona fallecida, debe presentar el Poder notarial o la Designación de albaceas, si corresponde, con la revelación firmada. Incluya la documentación adecuada con la revelación firmada. Si tiene preguntas sobre la documentación requerida, comuníquese con nosotros para obtener más información.
- Si no especificó un método de entrega para los registros, se revelarán al sitio Baptist Health MyChart del paciente (debe tener una cuenta de Baptist Health MyChart activa). El paciente recibirá un aviso de MyChart cuando se hayan revelado los registros. Si la persona que pide los registros es el representante personal del paciente, se le debe otorgar acceso como apoderado. Si no es posible revelar en MyChart, los registros se imprimirán y se enviarán por correo postal a la dirección que aparece en el lado opuesto de este formulario, si se dio una dirección. Tenga en cuenta que las imágenes de radiología no se pueden revelar a través de MyChart. Las imágenes se pondrán en un CD y se enviarán por correo postal a la dirección que aparece del lado opuesto de este formulario, si se dio una dirección. Para obtener ayuda con su cuenta MyChart, comuníquese con la Línea de Atención al Paciente de Baptist Health MyChart al 844-764-7820.
- Baptist Health se esfuerza por dar los registros rápidamente y nosotros debemos responder los pedidos dentro de cierto período permitido por la ley. Encontrar los registros y completar las solicitudes lleva tiempo, y agradecemos que sea paciente. Nuestro objetivo es darle los registros que pidió en un plazo de 15 días naturales, pero puede haber demoras. Si tiene preguntas sobre el estado de su pedido, no dude en comunicarse con nosotros.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para darle la información que ha pedido de nuestro sistema de registros médicos actual para las fechas solicitadas. Si faltan registros que necesita específicamente, comuníquese con nosotros para darnos más información del proveedor o del lugar en que se prestó el servicio. Por lo general, podemos encontrar los registros más fácilmente cuando especifica el proveedor o el lugar que prestó el servicio al completar este formulario. Cualquier información adicional que extienda el alcance de la revelación original debe estar autorizado por el paciente o el representante personal del paciente.
- Si es abogado y envía un requerimiento para expedientes médicos, envíe también el formulario de Autorización de uso o Revelación de PHI firmado por el paciente/tutor legal o una orden judicial firmada por un juez o magistrado. De otro modo, el requerimiento debe estar acompañado por suficiente documentación como para permitir la revelación de una entidad cubierta para procedimientos judiciales y administrativos, según se establece en las reglamentaciones de HIPAA. Consulte 45 CFR 164.512(e)(1)(iii)
- Si se piden los registros pero no se retiran en un plazo de 60 días, esas copias de los registros se destruirán. Si aún necesita los registros, se puede enviar una nueva revelación.