St. Joseph Medical Center
1000 Carondelet Dr, Kansas City, MO 64114
Teléfono: (816) 943-2119 Facsímil: (833) 200-5529

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Al llenar este documento usted está proporcionando autorización para revelar y usar su información médica. Esta autorización puede perder su validez si no proporciona toda la información solicitada.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º. de seguro social: _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

N.º. de teléfono: _____

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a _____

a que revele a: _____ Para el período de atención médica desde el _____ al _____

N.º. de teléfono: _____ Facsímil: _____

Correo Electrónico (Seguro): _____

(Nombre de las personas u organizaciones autorizadas para recibir la información) (Dirección – calle, ciudad, estado, código postal)

_____

La siguiente información:

a. ☐ Toda la información médica referente a mi historia médica, estado mental o físico y al tratamiento recibido, - **O**

☐ Solo los expedientes o tipos de información médica siguientes (incluye cualquier fecha):

- ☐ Resumen del alta ☐ Consulta (s)
- ☐ Todos los análisis/radiografías electrocardiogramas pertinentes
- ☐ Historia y examen general ☐ Informe de cirugía ☐ Otras: _____
- ☐ Rehabilitación ☐ Sala de urgencias

b. ☐ Autorizo específicamente la revelación de la siguiente información (ponga sus iniciales donde corresponda):

- ☐ Información sobre el tratamiento de afección mental. ☐ Enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Resultados de pruebas del sida. ☐ Agresión sexual
- ☐ Información sobre el tratamiento relacionado con alcohol/drogas. ☐ Abuso y/o negligencia de menores
- ☐ Notas sobre tratamiento psicoterapéutico como paciente ambulatorio

PROPÓSITO

El propósito para el que se solicita el uso o revelación es: ☐ a solicitud del paciente, U ☐ otro: _____

_____

_____

VENCIMIENTO

Esta autorización vence el: _____

Por favor, continúe en la página siguiente ⟶

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi derecho de recibir tratamiento o pagos ni mi derecho de obtener beneficios.

Puedo revisar u obtener copia de la información médica cuyo uso o divulgación se me solicita que autorice.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero deberé hacerlo por escrito y dirigir dicha revocación a:

Attn: Health Information Management Department
St. Joseph Medical Center
1000 Carondelet Dr,
Kansas City, MO 64114
Facsímil: (833) 200-5529

Mi revocación tomará efecto a partir de su recepción, excepto en la medida en que otras personas hayan actuado basados en esta autorización.

Tengo derecho de recibir copia de esta autorización.

El destinatario de la información cuya divulgación se autoriza en la presente, puede divulgarla a su vez. En algunos casos, esta nueva divulgación no está protegida por la ley de Missouri, y podría no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA).

Opciones referentes al formato electrónico: De conformidad con el artículo 13405(e) (1)); 42 U.S.C. 17935 (e) (1) de la ley de tecnología informativa sanitaria para fines económicos y clínicos de la salud (HITECH, por sus siglas en inglés), usted puede solicitar que sus archivos médicos se envíen en formato electrónico a usted o a otra entidad. Elija en qué tipo de formato desea que se entregue la información. Tome en cuenta que la entidad receptora podría no aceptar los archivos en formato electrónico: ☐ Grabado en disco (CD) ☐ Papel ☐ Correo Electrónico

FIRMA

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm

Firma:_____

(paciente/representante/cónyuge/responsable financiero)

Si el suscrito no es el paciente, indique cuál es su relación legal con el paciente. Aprobación de un psicoterapeuta licenciado para paciente psico geriátrico. _____

_____

Testigo: _____