

### Autorización para el Uso o Revelación de la Información de su Expediente Médico

**Información del Paciente:**

Nombre completo del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

**Entrega de Información a:**

Por la presente Autorizo a John C. Lincoln Health Network a entregar la información de mi expediente médico a:

- Enviar copias por correo a:       El Paciente las pasará a buscar

Nombre/Establecimiento: \_\_\_\_\_ Para la persona: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Motivo del pedido:  Personal     Continuar tratamiento     Legal     Otro: \_\_\_\_\_

**Especifique qué es lo que pide que se entregue:**

Fecha(s) del Servicio: \_\_\_\_\_

- Información Pertinente\*(incluye antecedentes médicos y examen físico, reporte de alta y otros dictados, electrocardiograma, laboratorios y radiología)
- Expedientes de Práctica Familiar       Resumen del alta       Antecedentes médicos y examen físico
- Reporte operativo       Reporte de la Sala de Emergencia       Reporte de la consulta
- Electrocardiograma       Reporte de las Imágenes de Diagnóstico       Electroencefalograma
- Resultados de los análisis       Reportes de Patología
- Imágenes de Diagnóstico (Especifique): \_\_\_\_\_
- Expediente completo: fecha de la visita \_\_\_\_\_
- Otro (Especifique): \_\_\_\_\_
- CD     Expediente en papel

\*John C. Lincoln proveerá hasta 40 hojas de su expediente sin ningún costo. Las páginas adicionales serán proveídas a \$.25 por página más un cargo por procesamiento de \$15 por expediente en papel o \$10 por un CD. Se agregará un cargo por manejo y envío para los pedidos por correo.

**Autorización para Entregar Información Protegida:**

**\*Obligatorio:** Por favor complete los casilleros de abajo indicando cómo debemos manejar la información protegida, aunque la categoría no se aplique necesariamente a los expedientes médicos del paciente.

Marque uno.

Coloque sus iniciales en cada renglón para confirmar su elección

- QUIERO/  NO QUIERO la entrega de **Notas de Salud Mental/Tratamiento Psiquiátrico** \_\_\_\_\_
- QUIERO/  NO QUIERO la entrega de información sobre **Salud Mental** \_\_\_\_\_
- QUIERO/  NO QUIERO la entrega de resultados de análisis de **SIDA/VIH y otras Enfermedades Contagiosas** \_\_\_\_\_
- QUIERO/  NO QUIERO la entrega de información sobre **Abuso de Alcohol y/o Sustancias** \_\_\_\_\_
- QUIERO/  NO QUIERO la entrega de información sobre **Análisis Genéticos** \_\_\_\_\_



Por favor confirme que ha marcado y colocado sus iniciales en todas las categorías de información protegida de arriba, aunque sean aplicables a usted o no. Si la forma está incompleta, o si la información protegida no ha sido entregada, podríamos no cumplir con su solicitud.

**MIS DERECHOS:**

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios no podrá estar condicionado a la firma de esta Autorización.

Yo entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento, con algunas excepciones, dependiendo si el hospital ha actuado basándose en esta autorización antes de la fecha en que hayamos recibido la carta que retira la autorización.

Para retirar mi autorización, debo enviar un pedido escrito a la misma facilidad de John C. Lincoln.

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

**AVISO A LA PERSONA RECIPIENTE:**

Esta información le ha sido revelada a usted de expedientes cuya confidencialidad está protegida por la ley Federal. Las regulaciones Federales (42 CFR Parte 2) le prohíben que realice más revelaciones de esta información sin el consentimiento expresamente escrito de la persona a la cual le pertenecen. La entrega de esta información ya no estará protegida de ser nuevamente revelada por la persona recipiente.



\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Madre/Representante Reconocido Legalmente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Entregado por**

\_\_\_\_\_  
**Identificación Usada**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**\*La copia de cualquier Poder Legal debe ser provista con la solicitud si el solicitante es la persona con el Poder Legal.**

- **Esta autorización expirará en 90 días de la fecha que aparece arriba. Yo entiendo que puede retirar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Gerencia de Información de Salud, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones que el hospital tomó antes de recibir el retiro.**
- **Yo entiendo que bajo la ley aplicable la información que se uso conforme a lo descrito en esta autorización puede estar sujeta a redivulgación por va No estar sujeta a las protecciones del estándar de privacidad.**
- **Yo entiendo que mi tratamiento o continuación de tratamiento por John C. Lincoln y sus afiliados de ninguna forma está bajo la condición de si firmo o no la Autorización y que puedo rehusarme a firmarla.**
- **Yo entiendo que puedo revisar o copiar la información que se usa o se revela.**

**Instrucciones para presentar la forma:**

Las formas completas pueden ser enviadas por correo, por fax o entregadas personalmente a la facilidad donde usted recibió los servicios (lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m.). Debe presentar una identificación con foto con su forma (o enviar copias legibles si envía la forma por correo o por fax).

\*Las identificaciones con foto que se aceptan incluyen identificaciones otorgadas por el gobierno con foto, y la credencial de empleado de John C. Lincoln.

**Hospital North Mountain**

Attention: Health Information Department  
250 E. Dunlap Ave.  
Phoenix, AZ 85020  
Teléfono: 602-870-6352  
Fax: 602-678-3217  
Horario de oficina: lun. a vier. de 8:30 a.m. a 5 p.m.

**Hospital Deer Valley**

Attention: Health Information Department  
19829 N. 27<sup>th</sup> Ave.  
Phoenix, AZ 85027  
Teléfono: 623-879-5571  
Fax: 623-879-5559  
Horario de oficina: lun. a vier. de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.