

Envíe el formulario completado por correo electrónico a HRSC.HCARRecordRequest@HCAHealthcare.com O envíelo por Fax al (855)519-9683. Para preguntas llame al teléfono (855) 519-9682

Nota: Incluir una copia de una identificación válida con foto con la Autorización - Las autorizaciones entregadas personalmente se aceptan en el centro donde se proporcionaron los servicios

<b>Sección A: Se deberá completar esta sección para todas las Autorizaciones</b>					
<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Teléfono del paciente:</b>	<b>4 últimos dígitos SSN: (opcional)</b>		
<b>Nombre del destinatario:</b>					
<b>Dirección 1:</b>	<b>Dirección 2:</b>	<b>Teléfono del destinatario:</b>			
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>			
<b>Método de Entrega (Si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel):</b> <input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> medio electrónico, si lo hubiere (ej., USB, CD/DVD) <input type="checkbox"/> email encriptado <input type="checkbox"/> email no encriptado <input type="checkbox"/> Número de Fax del Proveedor _____ <b>NOTA:</b> En caso de que el centro no pueda realizar la divulgación electrónica como se solicita, se proporcionará un método alternativo para la divulgación (ej., copia en papel). Existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pudiera ver su Información Protegida de Salud (PHI) (por sus siglas en inglés) sin su consentimiento cuando recibe la información a través de un medio electrónico o e-mail no encriptados. No nos responsabilizamos por el acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato ni por ningún riesgo (ej., virus) introducido potencialmente en su computadora o dispositivo cuando recibe la PHI en formato electrónico o por e-mail.					
<b>Dirección de e-mail (Si marcó e-mail arriba. Escriba claro en letra legible):</b>					
Esta autorización vencerá el: (Complete la Fecha o el Evento, pero no ambos.)					
<b>Fecha:</b>	<b>Evento:</b>				
<b>Propósito de la divulgación:</b>					
<b>Hospital to release records from:</b>					
<input type="checkbox"/> Rapides Regional Medical Center <input type="checkbox"/> Lakeview Regional Medical Center <input type="checkbox"/> Tulane Medical Center					
Descripción de la información a utilizar o divulgar					
¿Es esta solicitud para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, entonces este es el único documento que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para solicitar otros documentos listados abajo. <input type="checkbox"/> No, entonces puede marcar abajo todos los documentos que necesite.					
<b>Descripción:</b>	<b>Fecha(s):</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Fecha(s):</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Fecha(s):</b>
<input type="checkbox"/> Resumen (el más común) <input type="checkbox"/> Récord médico completo <input type="checkbox"/> Formulario de admisión <input type="checkbox"/> Reportes dictados <input type="checkbox"/> Órdenes médicas <input type="checkbox"/> Ingesta/eliminación <input type="checkbox"/> Exámenes clínicos/Resultados de Radiología <input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos		<input type="checkbox"/> Información quirúrgica <input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Pruebas/terapias especiales <input type="checkbox"/> Gráficas de ritmo cardiaco <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de transferencia <input type="checkbox"/> Información sala de emergencia		<input type="checkbox"/> Resumen de Parto <input type="checkbox"/> Evaluación enfermería OB <input type="checkbox"/> Diagrama de flujo posparto <input type="checkbox"/> Factura detallada: <input type="checkbox"/> UB-04: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:	
Por la presente, reconozco y consiento que la información divulgada puede contener datos sobre el consumo de alcohol, abuso de drogas, información genética, psiquiátrica, pruebas de VIH, resultados de VIH o información sobre SIDA. (Iniciales)					
Entiendo que:					
1. Puedo rechazar el firmar esta autorización y entiendo que es estrictamente voluntaria. 2. Mi tratamiento, pagos, inscripciones o elegibilidad para obtener beneficios puede no estar condicionado al firmar esta autorización. 3. Puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación. Puede encontrar más detalles en el Aviso de Prácticas de Privacidad. 4. Si el solicitante o quien recibe la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por reglamentos federales de privacidad y pueda ser divulgada de nuevo. 5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario por un cargo razonable por propósitos de fotocopias; si lo solicito. 6. Puedo recibir una copia de este formulario después de firmarlo.					
Sección B: ¿Es la solicitud de PHI para propósitos de comercialización y/o incluye la venta de la PHI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es sí, el plan de salud o proveedor de atención médica debe completar la Sección B, si no es así, pasar a la Sección C.					
¿Recibirá el destinatario compensación financiera a cambio de usar o divulgar esta información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si es afirmativo, describa:					
¿Puede el destinatario de la PHI intercambiar posteriormente la información por compensación financiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Sección C: Firmas					
Certifico que he leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida (PHI) como se ha indicado.					
<b>Firma del paciente/representante del paciente:</b>				<b>Fecha:</b>	
<b>Nombre impreso del representante del paciente:</b>				<b>Relación con el paciente:</b>	

Identification Verified by: \_\_\_\_\_  State Issued Photo Identification     Other: \_\_\_\_\_

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PHI -SPANISH



Patient Label