

PEDIDO DE ENTREGA DE INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

SOLICITO Y AUTORIZO A ST. FRANCIS MEDICAL CENTER A ENTREGAR INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI HISTORIA CLÍNICA.

Identificación del paciente

Nombre en imprenta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

N° Seguro Social: _____ Teléfono: _____

Información a entregar – Períodos de atención médica cubiertos

Fechas de tratamiento: _____

Sírvase marcar el tipo de información a entregar:

<input type="checkbox"/> Informe de alta	<input type="checkbox"/> Códigos de diagnóstico y tratamiento	<input type="checkbox"/> Expediente de la sala de emergencias
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Informes de consulta	<input type="checkbox"/> Comentarios de evolución
<input type="checkbox"/> Resultados de análisis clínicos	<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Placas radiográficas/imágenes
<input type="checkbox"/> Fotografías, cintas de video	<input type="checkbox"/> Expediente de facturación completo	<input type="checkbox"/> Factura detallada
<input type="checkbox"/> Historia clínica completa	<input type="checkbox"/> Tratamiento por drogadicción/alcoholismo **	<input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico **

** Vea la verificación adicional del pedido de entrega abajo

Otro, (especifique) _____

Finalidad del pedido

<input type="checkbox"/> Tratamiento o consulta	<input type="checkbox"/> A pedido del paciente Ver información sobre los cargos	<input type="checkbox"/> Facturación o pago de reclamaciones
---	--	--

Otro, (especifique) _____

A quién y dónde enviar / entregar la información

Nombre: _____

Dirección: _____

Plazo límite y derecho a revocar la autorización

Excepto en la medida en que la acción ya se haya tomado basándose en esta autorización, puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación por escrito ante el Funcionario de Privacidad en 3630 East Imperial Highway, Lynwood ,CA 90262. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento _____, o un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

Entrega por parte del destinatario

Entiendo que el destinatario de la información suministrada en virtud de esta autorización puede entregar la misma y ya no estar protegida ésta por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996. La institución, los empleados, funcionarios y médicos por la presente quedan eximidos de toda responsabilidad legal por entregar dicha información en la medida indicada y autorizada en la presente.

Entrega de documentación sobre drogadicción y/o alcoholismo y/o de psiquiatría y/o VIH/SIDA

Entiendo que si mis notas de psicoterapia contienen información referente a drogadicción y/o alcoholismo, atención psiquiátrica, enfermedades de transmisión sexual, análisis de detección de hepatitis b y c y/u otra información delicada, acepto que se entregue. *Marque uno:* Sí No

Entiendo que si las notas de psicoterapia contienen información referente a análisis de detección y/o tratamiento de VIH/SIDA (virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida) acepto que se entregue. *Marque uno:* Sí No

Firma del paciente o representante personal que pide que se revele la información

Puedo examinar o copiar la información médica protegida que se usará o revelará. Autorizo a St. Francis Medical Center a usar y revelar la información médica protegida especificada previamente.

Firma: _____ Fecha: _____

Autoridad para firmar si no es el paciente: _____ Relación con el paciente: _____

Identidad del solicitante verificada mediante: Documento con foto Firma coincidente

Otro, especifique _____

_____ Verificado por: _____

Yo, entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de ésta autorización cuando así lo solicite. Por favor, ponga sus iniciales a continuación:

No lo he solicitado _____ Lo he solicitado y recibido _____