



Saint Luke's

Solicitud de información: Autorización del paciente

Según CFR 42, partes 160 y 164, SE DEBEN completar todas las secciones de esta autorización

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre que usó cuando recibió atención médica (si es distinto al que escribió más arriba) _____

Dirección: Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Solicito mi historia clínica de:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allen County Regional Hospital | <input type="checkbox"/> Saint Luke's Community Hospital | <input type="checkbox"/> Saint Luke's North Hospital - Barry Road |
| <input type="checkbox"/> Anderson County Hospital | <input type="checkbox"/> Saint Luke's Cushing Hospital | <input type="checkbox"/> Saint Luke's North Hospital - Smithville |
| <input type="checkbox"/> Bishop Spencer Place | <input type="checkbox"/> Saint Luke's East Hospital | <input type="checkbox"/> Saint Luke's Regional Lab |
| <input type="checkbox"/> Crittenton Children's Center | <input type="checkbox"/> Saint Luke's Home Care & Hospice | <input type="checkbox"/> Saint Luke's South Hospital |
| <input type="checkbox"/> Hedrick Medical Center | <input type="checkbox"/> Saint Luke's Hospital of KC | <input type="checkbox"/> Wright Memorial Hospital |

Clínica: _____ Otro centro: _____

Solicito que mi historia clínica se envíe a:

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____ Fax (solo al profesional de la salud): _____

¿Qué historia clínica necesita?:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historia clínica de la sala de urgencias | <input type="checkbox"/> Informe(s) del laboratorio | <input type="checkbox"/> Consultas clínicas |
| <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta | <input type="checkbox"/> Informe(s) de radiología | <input type="checkbox"/> Facturación detallada |
| <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico | <input type="checkbox"/> Rastreo/placas/ medios radiológicos | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

Cubre el período de atención médica desde:

Fecha(s) específica(s): _____ a _____ Todas las consultas y citas pasadas, presentes y futuras

Fines de la solicitud de información (opcional):

¿En qué formato prefiere su historia clínica?:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> Seguro médico | <input type="checkbox"/> Envíe al: my SaintLuke's Patient Portal (portal del paciente) |
| <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Continuación de la atención | <input type="checkbox"/> Papel |
| <input type="checkbox"/> Transmisión electrónica segura (se usará el correo electrónico enumerado arriba) | | |
| <input type="checkbox"/> Otros: Por favor, especifique: _____ | | |

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- Las solicitudes de historias clínicas y/o material no documental pueden estar sujetas a cargos por su reproducción.
- La información protegida sobre la salud (PHI, por sus siglas en inglés) puede incluir historias clínicas relacionadas con la salud mental, las enfermedades infecciosas, el VIH/SIDA, y/o el tratamiento del consumo de alcohol o drogas.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse ante el *Health Information Management Department*. La revocación no aplicaría a la información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización.
- A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha/evento/enfermedad: _____. Si no especifico una fecha/evento/enfermedad, esta autorización vencerá al año de la fecha del comienzo de su vigencia.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o el derecho a prestaciones no estarán sujetos a si firmo o no esta autorización.
- Cualquier revelación de información conlleva la posible divulgación no autorizada de la misma, y puede que dicha información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad.

Firma del paciente/representante autorizado: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: _____ Parentesco con el paciente: _____

Witness signature: _____ Date: _____ Time: _____

Si el representante autorizado del paciente firma esta autorización, la documentación legal pertinente debe acompañar a este formulario