



Solicitud de Información – Autorización de Paciente

Todas las secciones de esta autorización DEBEN ser completadas para que sea valida de acuerdo a 42 CFR Partes 160 y 164

Nombre de Paciente:
Fecha de Nacimiento:
Dirección:
Ciudad:
Estado:
Código Postal:
Correo Electrónico:
Teléfono:

Solicito mi información de salud protegida (PHI) de: Hospitals Clinicas
Saint Luke's Hospital-Plaza
Anderson County Hospital
Saint Luke's Medical Group
Saint Luke's East Lee's Summit
Cushing Memorial Hospital
Cabot Westside Health Center
Saint Luke's South
Hedrick Medical Center
Saint Luke's Cardiovascular Consultants
Saint Luke's Northland-Barry Road
Wright Memorial Hospital
Saint Luke's Neurological Consultants
Saint Luke's Northland-Smithville
Crittenton Children's Center
Saint Luke's Regional Lab s
Saint Luke's Cancer Institute
Saint Luke's Home Care & Hospice
Otro:

Solicito que mi información de salud protegida (PHI) sea revelada a:

Nombre:
Correo Electrónico:
Dirección:
Teléfono:
Ciudad/Estado:
Código Postal:
Fax (de proveedor solamente):

Autorizo la siguiente PHI sea revelada de mi(s) expediente(s) médico(s):

Expediente de Sala de Urgencias
Informe(s) de Laboratorio
Platinas de Patología
Expediente Médico Completo (todas las páginas)
Informe(s) de Radiología
Facturación detallada
Abstracto/ Resumen hospitalario (Informe dictados de Rad/Lab)
Placas/trazados/medios radiológicos
Otro:

Cubriendo el periodo de cuidado de salud desde:

Fecha específica(s): a O Todos los encuentros o visitas pasados, presentes y futuros

Propósito de solicitar la información:

Como será recibida la información (Si no se marca será en papel):

Legal
Seguros
US Mail – formato papel
Fax (solo a proveedor de cuidados de salud)
Personal
Continuación de cuidado
Correo Electrónico – formato seguro
CD – Formato electrónico seguro

Al firmar este formulario de autorización, yo entiendo que:

- Las solicitudes de expedientes médicos y/o material no-documental pueden estar sujetas a cargos por reproducción o copias.
PHI puede incluir expedientes relacionados a cuidado de salud mental, enfermedades comunicables, VIH/SIDA, y/o tratamiento para el abuso de alcohol/drogas.
Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser hecha por escrito y presentada al Departamento de Administración de Información de Salud. La revocación no aplicará a información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización.
A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha/evento/condición: Si omito el especificar una fecha/evento/condición, esta autorización vencerá a partir de un año de la fecha de su firma.
El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no deberá quedar condicionada a si firmo o no esta autorización.
Cualquier revelación de información conlleva el potencial de que la misma pueda ser divulgada, y que esta información podría ya no quedar protegida por las reglas de confidencialidad.

Firma de Paciente/Representante Autorizado:
Fecha:
Hora:

Nombre escrito del representante autorizado:
Relación con el paciente:

Firma de testigo:
Fecha:
Hora:

\*Si es firmado por el Representante autorizado del paciente, documentación legal de respaldo debe de acompañar este formulario de autorización\*