



Saint Luke's Health System

Solicitud de información: Autorización del paciente

Según CFR 42, partes 160 y 164, SEDEBEN 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:

- Anderson County Hospital
- Bishop Spencer Place
- Crittenton Children's Center
- Hedrick Medical Center
- Saint Luke's Community Hospital
- Clínica: _____
- Saint Luke's Cushing Hospital
- Saint Luke's East Hospital
- Saint Luke's Home Care & Hospice
- Saint Luke's Hospital of KC
- Saint Luke's North Hospital - Barry Road
- Otro centro: _____
- Saint Luke's North Hospital - Smithville
- Saint Luke's Regional Lab
- Saint Luke's South Hospital
- Wright Memorial Hospital

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?:

- Historia clínica de la sala de urgencias
- Instrucciones de alta
- Informe quirúrgico
- Otros: _____
- Informe(s) del laboratorio
- Informe(s) de radiología
- Rastreo/placas/ medios radiológicos
- Consultas clínicas
- Facturación detallada
- Vacunas

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):

- Legal
- Seguro médico
- Transmisión electrónica segura (se usará el correo electrónico enumerado arriba)
- Otros: Por favor, especifique: _____
- Personal
- Continuación de la atención

¿En qué formato prefiere su historia clínica?:

- Envíe al: my SaintLuke's Patient Portal (portal del paciente)
- Papel

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