Saint Luke's

Solicitud de información: Autorización del paciente

https://www.saintlukeskc.org/

Al recoger las copias en persona, se requerirá un documento de identidad con foto, así como una copia de cualquier documento legal (Poder Notarial, Albacea testamentaria, prueba de custodia, etc.) que verifique el derecho legal a solicitar dicha información. Este formulario puede utilizarse al solicitar que los registros se ENVÍEN DE un centro de Saint Luke's o de otro proveedor de atención médica o que SEAN ENVIADOS a un centro de Saint Luke's.

1. Complete la primera sección con el nombre actual del paciente, fecha de nacimiento, número de teléfono, dirección, correo electrónico y teléfono.

2. **Solicite mis expedientes médicos de:** Indique el HOSPITAL, la CLÍNICA (el MÉDICO) u otra ubicación de Saint Luke's de la que solicita información. Si es un hospital o clínica de Saint Luke's, la dirección no es necesaria. Por favor, especifique de qué centro de Saint Luke's está solicitando información (por ejemplo, Plaza, South, Barry Rd, etc.).

3. **Solicite que los expedientes médicos se ENVÍEN a:** Si las copias son por motivos personales y las recoge usted mismo, indique "Yo mismo". Si "Yo mismo" y la dirección son las mismas que en la sección superior, esto puede dejarse en blanco e indicar "igual". Si otra persona recoge los expedientes médicos o se envían por correo, por favor, proporcione el nombre completo y la dirección de la persona/agencia/etc. a la que desee que les entreguemos o enviemos las copias.

4. **Tipo de expedientes médicos que necesita:** Marque todos los documentos que desea recibir.
   A. **La historia clínica completa** incluirá toda la documentación incluida en su expediente. Esto puede incluir flujogramas, documentación de enfermería, etc.
   B. **Resumen:** Se puede proporcionar una versión más corta del expediente que incluiría todos los datos diagnósticos (laboratorio, radiografía, electrocardiograma, etc.) y los informes médicos. Esto es generalmente lo que la mayoría de los demás profesionales médicos prefieren tener.
   C. **Película/trazado/medios radiológicos:** Los pacientes pueden acceder a las imágenes en su portal del paciente y también compartirlas con otros. En caso de que se requiera un DVD/CD, el departamento de Health Information Management (HIM, por sus siglas en inglés) puede grabar un disco según sea necesario.
   D. **La facturación detallada incluirá la facturación del hospital o del proveedor según se solicite.**

5. **Cobertura del periodo de atención médica desde:** Fecha de ingreso/alta: Se aceptará el mes aproximado y el año correcto si no se conoce el día o fecha exacta. Utilice un rango de fechas si se solicita información de más de una admisión o periodo de tiempo (es decir, copias de documentos desde enero de 2002 hasta marzo de 2003 o de abril a julio de 2002).

6. **Motivo para solicitar información:** ¿Por qué quiere que esta información se copie o se envíe? (es decir, copia personal, continuación de la atención por parte de un médico, reclamación de seguro, cuestiones legales, etc.) ***Esto es un paso opcional para los pacientes.***

7. **¿Cómo le gustaría que le entregaran sus discos?** Podemos proporcionar una versión en papel que puede recoger (las ubicaciones son limitadas) o se pueden enviar por correo; también disponemos de varias versiones electrónicas como correo electrónico seguro (dependiendo del tamaño del archivo), fax a un proveedor y el portal para pacientes. Por favor, indique el método de entrega que prefiere. Se aplican tarifas a las copias impresas.

8. **Firmas:** El paciente debe firmar y llenar la fecha en el formulario. Si el paciente no puede firmar, véase más abajo.
   A. **Representante autorizado:** Si un representante autorizado del paciente solicita la información (el padre o la madre de un menor, persona nombrada en el poder notarial, el albacea del patrimonio, etc.), se debe firmar y llenar la fecha en el formulario. Escriba el nombre, la dirección, etc. Se requerirá una prueba de autorización antes de divulgar la información**.**
   B. **Firma del testigo:** Si el paciente solo pueda hacer una X o ha dado permiso verbal, el testigo puede firmar y llenar la fecha en el formulario.

Not a Part of the Permanent Medical Record

Saint Luke's

Solicitud de información: Autorización del paciente

9. **Fecha de vencimiento:** La fecha no debe exceder los 12 meses desde la fecha de la solicitud para poder utilizarse e indicar el estado activo de esta autorización. Si no se proporciona una fecha, la autorización solo será válida durante 1 año desde la fecha de la firma o la solicitud, según la política de Saint Luke's.

ENVÍO DE INFORMACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Todas las solicitudes de expedientes médicos desde las instalaciones de Saint Luke's pueden gestionarse a través de una ubicación centralizada. Por favor, envíe a través de cualquiera de los siguientes métodos.

Correo postal:
Saint Luke's Hospital Attn: ROI
4401 Wornall Rd Kansas City, MO 64111

Fax:
816-932-3415

Correo electrónico:
kcroi@bjc.org

Si tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con el departamento de Health Information Management (HIM):

816-932-3366

Not a Part of the Permanent Medical Record