RESTABLECER

Número de historia clínica:_____
(para fines internos)

EMORY HEALTHCARE

AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
HEALTH INFORMATION MANAGEMENT DEPARTMENT

Nombre del paciente:_____ Últimos 4 números del SS: _____
Nombre anterior, si corresponde: _____
Dirección:_____ Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento:_____ Teléfono de casa:____ Teléfono de trabajo:_____
Correo electrónico (email)

1. CENTRO/S MÉDICO/S DE EMORY HEALTHCARE:

Autorizo a que representantes autorizados del/los centro/s médico/s siguientes den a conocer la información médica como se indica a continuación: **(Marque todos lo que correspondan)**

- ☐ The Emory Clinic
- ☐ Emory Warner Robins ☐ Clinic ☐ Hospital
- ☐ Emory Perry ☐ Clinic ☐ Hospital
- ☐ Emory University Hospital
- ☐ Center for Rehab. Medicine
- ☐ Emory Children's Center
- ☐ Emory Specialty Associates
- ☐ Dialysis Access Center of Atlanta
- ☐ Emory Saint Joseph's Hospital of Atlanta
- ☐ The Medical Group of Saint Joseph's, LLC
- ☐ Emory Johns Creek Hospital
- ☐ Emory University Hospital Midtown
- ☐ Emory University Orthopaedics and Spine Hospital
- ☐ Emory University Hospital at Wesley Woods
- ☐ Emory Decatur Hospital
- ☐ Emory Long Term Acute Care
- ☐ Emory Saint Joseph's Hospital of Atlanta
- ☐ Emory Hillandale Hospital
- ☐ DeKalb Medical Physician Group
- ☐ Otro centro médico: _____

2. PERSONA QUE RECIBE, FORMATO Y MÉTODO DE ENTREGA:

FORMATO:

- ☐ En papel
- ☐ En CD
- ☐ Unidad de memoria USB (Flash Drive)

MÉTODO DE ENTREGA:

- ☐ Por MyChart
- ☐ Por correo (complete la información debajo)
- ☐ Se recogerá (indique debajo quién lo hará)
- ☐ Sitio web de EHC para solicitud de divulgación electrónica de información (ver las instrucciones adjuntas)
- ☐ Por correo electrónico (escriba el email arriba)
- ☐ Se exportara la informaci6n por EHI (formato electr6nico)

Nombre:_____
Dirección:_____
Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____
Número de fax (solo para apoyo continuo de atención de pacientes):

3. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE SE DARÁ A CONOCER:

- ☐ Historia clínica completa (especifique fechas de servicio) _____
- ☐ Historia clínica parcial (especifique debajo los expedientes)
- ☐ Continuidad de la atención/Extracto (especifique fechas de servicio) _____
- ☐ *Debe marcar esta casilla si también solicita expedientes de facturación*

Información	Fechas	Información	Fechas
☐ Antecedentes y examen físico	_____	☐ Notas del consultorio/comentarios de evolución	_____
☐ Interconsultas	_____	☐ Informes operatorios	_____
☐ Informe de alta	_____	☐ Informes de patología	_____
☐ Resultados de análisis	_____	☐ Preparados de patología	_____
☐ Rayos X	_____	Informes de ECG	_____
☐ Disco compacto/Films	_____	☐ Fotografías/videos	_____
☐ Informes de cateterismo	_____	☐ Informe de sala de urgencias	_____
☐ Factura detallada	_____	☐ Tira de ECG	_____
☐ Contabilidad de divulgación	_____		
☐ Otra información *(especifique fechas de servicio)*	_____		

4. RAZONES PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN

- ☐ A mi pedido Necesito expedientes certificados O Sí O No
- ☐ Otras razones: _____

Número de historia clínica:_____
(para fines internos)

5. Aviso importante

Si solicita el envío por correo electrónico (email) de su información médica, verifique que la dirección de correo electrónico que nos dio sea correcta. Los mensajes por correo electrónico y los adjuntos se le enviarán en formato codificado con instrucciones sobre cómo obtener la información. Cuando reciba el mensaje por correo electrónico recomendamos que guarde la información de manera segura y que tenga precaución si la reenvía o permite que alguien más tenga acceso a su correo electrónico. Asimismo, el disco compacto o la unidad de memoria USB que recibe con su información médica podrá no estar protegido con códigos o contraseñas. Cuando reciba su información médica de Emory Healthcare recomendamos que tome precauciones para proteger los datos en el dispositivo, con códigos electrónicos o guarde el dispositivo en un lugar seguro. Si elige recibir su información médica en un disco compacto o en una unidad de memoria USB, usted reconoce y acepta estos riesgos.

6. Cuándo caduca la autorización

A menos que solicite otra cosa por escrito, entiendo que esta autorización caducará el o cuando _____ (escriba el evento o la fecha de caducidad). Si no especifica un evento o fecha de caducidad, esta autorización caducará a los noventa (90) días posteriores a la firma de esta autorización.

7. Derecho a revocar esta autorización

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita ante el/los Medical Records Department/s (departamento de archivos médicos) del/de los centro/s médico/s de Emory Healthcare que se indican arriba. Encontrará una lista de direcciones de los Medical Records Departments en el Aviso sobre prácticas de privacidad de Emory Healthcare. Entiendo que la revocación no se aplica a ninguna información médica que ya se dio a conocer en respuesta a esta autorización.

8. Volver a dar a conocer

Entiendo que si se da a conocer mi información médica a alguien que no sea un proveedor de servicios médicos, plan de seguros o centro de distribución de información médica que estén sujetos a las reglamentaciones sobre privacidad, la información médica que se dé a conocer según esta autorización quizá ya no esté protegida por las reglamentaciones sobre privacidad.

9. Honorarios

Entiendo que las leyes federales y estatales permiten el cobro de honorarios por concepto de copias de historias clínicas y que es mi responsabilidad pagar estos honorarios.

10. Si rehúsa autorizar el uso y/o la divulgación

Si me pidieron que firmara este formulario para autorizar la divulgación de mi información médica con fines de investigación o por otras razones, entiendo que Emory Healthcare podrá denegar mi tratamiento si rehúso firmar esta autorización solo si: (1) el tratamiento se relacionara con nuestro proyecto de investigación y esta autorización es para el uso o divulgación de mi información médica como la investigación; o (2) el tratamiento fuera solo para crear información médica a fin de darla a conocer a terceros (como exámenes para la compensación del trabajador).

11. Exención

Si la información médica que solicité a Emory Healthcare diera a conocer contiene cualquier información sobre ciertas enfermedades infecciosas (por ejemplo, entre otras, información confidencial sobre VIH/SIDA), drogadicción o salud mental, doy mi consentimiento para que Emory Healthcare dé a conocer esa información y renuncio a todo privilegio de confidencialidad con respecto a dichas divulgaciones con la/s finalidad/es de dar a conocer la información a las personas o entidades que se autorizan anteriormente.

Esta autorización no se aplica a los registros protegidos por 42 C.F.R. Parte 2 (registros de tratamiento por trastornos por uso de sustancias). Se requiere un consentimiento separado y específico para la divulgación de dichos registros. Esta autorización aún puede utilizarse para otra información sobre el uso de sustancias que no esté sujeta a las protecciones de la Parte 2

_____	_____	_____
Signature of patient (or Patient's Representative) Firma del paciente (o del representante del paciente)	Date / Fecha	Time / Hora
_____	_____	
Printed name Nombre y apellido en letra de imprenta	Description of authority to act for patient Descripción de la autoridad para actuar en nombre del paciente	

Aviso: se debe entregar una copia de este formulario completo, firmado y fechado el paciente y/o al representante del paciente y debe incorporarse una copia a la historia clínica del paciente