

**AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION  
AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

<b>Información del paciente</b>			
Nombre del paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Dirección: _____		Ciudad: _____	
Teléfono: _____		Estado: _____	
		Código postal: _____	
Correo electrónico (opcional): _____			
<b>Formato de la petición (Marque SOLO una opción)</b>			
<input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> Portal del paciente MyChart <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Unidad flash USB			
<input type="checkbox"/> Exportación de EHI (Tenga en cuenta: Consulte la sección de exportación de EHI)			
<b>Formato de entrega (Marque SOLO una opción)</b>			
<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Retiro personal <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Portal del paciente MyChart <input type="checkbox"/> Correo electrónico (cifrado)			
<input type="checkbox"/> Correo electrónico (NO cifrado) (Tenga en cuenta: Si quiere que enviemos información por correo electrónico no cifrado, esto aumenta el riesgo de que la información pueda ser leída por un tercero no autorizado).			
<b>Motivo o propósito del uso o la revelación de la información</b>			
<input type="checkbox"/> Atención continua <input type="checkbox"/> Petición del paciente <input type="checkbox"/> Asunto legal/abogado <input type="checkbox"/> Seguro/Pago			
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____			
<b>Autorizo que mi información médica se revele de:</b>			
<input type="checkbox"/> Owensboro Health Regional Hospital <input type="checkbox"/> Owensboro Health Muhlenberg Community Hospital <input type="checkbox"/> Owensboro Health Twin Lakes Medical Center <input type="checkbox"/> Owensboro Health Medical Group (especifique el consultorio del médico): _____			
Una exportación de EHI generada por Owensboro Health, Inc incluirá TODA la información médica electrónica relativa al paciente a través de la organización OHI y todos los socios de Community Connect (Owensboro Pediatrics, Ohio Valley Nephrology Associates, Premier Medical Group, CareNow, y la Dra. Tamberly McCoy).			
<b>Autorizo que mi información médica se envíe a:</b> <input type="checkbox"/> Mí <input type="radio"/> O <input type="checkbox"/> La dirección de abajo			
_____ (Nombre del hospital, médico, proveedor de atención médica, otro)			
Dirección		Código postal	
Ciudad		Estado	
Teléfono		Dirección de correo electrónico	
Fax			
<b>Información para revelar</b>			
Información para revelar en el siguiente intervalo de fechas _____ al _____ (marque los registros que quiere que se revelen)			
<input type="checkbox"/> Resumen del expediente médico (p. ej., historia y examen físico, informes de cirugías, consultas, informes de pruebas y resumen del alta) <input type="checkbox"/> Informes del Departamento de Emergencias <input type="checkbox"/> Informes operativos/de procedimientos <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Informe(s) de radiografías <input type="checkbox"/> Informe(s) de análisis de laboratorio			
<input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Otro _____			
<b>Revelación de registros especiales protegidos</b>			
Entiendo que la siguiente información puede incluirse en mis expedientes médicos: información relacionada con las pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico o tratamiento de consumo de drogas o alcohol (sustancias), información relacionada con la salud mental o trastornos psiquiátricos o información genética.			

**Exportación de EHI**

- La información médica electrónica (EHI) se refiere a la “información médica electrónica protegida (ePHI)” solo en la medida en que se incluya en el expediente médico. La EHI no incluye las notas de psicoterapia, tal como se definen en 45 CFR 164.501, ni la información recopilada con antelación razonable de una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, o para su uso en estos procesos.
- Los archivos de exportación de EHI se entregarán en “formato legible por computadora” (TSV) que puede requerir el uso de un programa computacional especial.

**Aviso sobre el registro de parto de la madre**

Entiendo que, si doy a luz en Owensboro Health, una parte de mi expediente médico formará parte del expediente médico del recién nacido.

**Vencimiento**

Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente por 120 días desde la fecha de la firma.

**Sus derechos**

- Entiendo que autorizar la revelación de la información identificada arriba es voluntario. Entiendo que, si me niego a firmar, mi denegación no afectará mi posibilidad de recibir tratamiento, de inscribirme en cualquier plan médico o de ser elegible para recibir pagos/beneficios.
- Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe hacerse por escrito, estar firmada por mí o en mi nombre y entregarse en el lugar donde se presentó la petición original. Entiendo que la anulación entrará en vigor en el momento de su recepción y no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización.  
Entiendo que la anulación no se aplicará a mi compañía de seguros en los casos en que la ley le dé al asegurador el derecho a impugnar un reclamo según mi póliza.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización (lo que es obligatorio si esta autorización se pide para que la use el proveedor o para revelar información médica).
- Tengo derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica cuyo uso o revelación autorizo.
- Entiendo que la información usada o revelada de acuerdo con esta autorización ya no podrá estar protegida por la ley federal de privacidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, HIPAA) y que el destinatario de su información médica podría volver a revelarla.

**Representante legalmente autorizado**

Si pide registros de un paciente adulto, se aplicará lo siguiente:

- 1) Poder notarial: Se debe presentar una copia del documento del poder notarial.
- 2) El albacea o el administrador de la hacienda del paciente adulto fallecido debe presentar una copia del requisito o de la orden de nombramiento, firmada por un juez, como el albacea o el administrador de la hacienda.
  - Si no hay una hacienda, se deben presentar documentos judiciales que indiquen el nombramiento de un representante personal.
- 3) Tutor legal: El tutor legal debe presentar una orden de nombramiento, firmada por un juez, que dé la tutela.

Si pide registros de un paciente menor de edad, se aplicará lo siguiente:

- 1) Custodia legal conjunta: Uno de los padres debe presentar la documentación de la custodia.
- 2) Tutor legal: El tutor legal debe presentar una orden de nombramiento, firmada por un juez, que dé la tutela.

**Firma (según lo exija la ley)**

Leí y entiendo esta información. Soy el paciente o estoy autorizado para actuar en nombre del paciente para firmar este documento en el que se confirma la autorización para el uso o la revelación de la información médica protegida según los términos establecidos arriba.

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Time/Hora: \_\_\_\_\_  
(Patient/Legal Representative)/(Paciente/Representante legal)

If signed by Legal Representative, print name and relationship/Si lo firma el representante legal, debe escribir su nombre en letra de molde y la relación.

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Relationship/Relación \_\_\_\_\_