

Cómo completar el Formulario de autorización para el expediente médico

- ◆ Información del paciente
  - Escriba el nombre y el apellido, la inicial del segundo nombre (si tiene), la fecha de nacimiento, la dirección completa, el número de teléfono con el código de área y la dirección de correo electrónico del paciente (opcional).
- ◆ ¿De qué manera le gustaría recibir sus registros?
  - Díganos cómo quiere recibir sus registros. ¿Qué formato y qué método de entrega prefiere? **Marque solo una opción de la lista.**
  - Si elige “correo electrónico”, le enviaremos los registros cifrados para proteger su privacidad, a menos que usted nos indique lo contrario.
- ◆ ¿Cuál es el motivo por el que pide los registros?
  - Elija el motivo adecuado por el que pide los registros. **Marque solo una opción.**
- ◆ ¿A quién autoriza para que revele sus registros?
  - Verifique la ubicación de OH de donde quiere que se revelen sus registros.
- ◆ ¿Adónde quiere que se envíen los registros?
  - Si quiere recibir sus registros, marque la casilla denominada “Mi”.
  - 
  - Si los registros se envían a alguien que no es el paciente, marque la casilla denominada “La dirección de abajo” y escriba el nombre completo, la dirección, el número de teléfono, el número de fax y la dirección de correo electrónico del destinatario.
- ◆ ¿Qué información quiere que se revele? (Marque todas las opciones que correspondan).
  - Indique el intervalo de fechas en que recibió la atención y qué registros quiere que se revelen.
  - Marque la casilla que mejor describa el tipo de registros que pide.
  - **Tenga en cuenta:** El Resumen del expediente médico tiene toda la información pertinente que incluye la historia y el examen físico, informes de cirugías, consultas, informes de pruebas y resumen del alta.
  - **Otro:** Describa los registros específicos que pide para que podamos responder de forma más completa a su petición. (Ejemplo: relacionados con una condición o una cirugía, análisis de laboratorio específicos, etc.).
- ◆ ***La revelación de registros especiales protegidos.***
  - *Si firma esta autorización, usted da permiso para revelar tipos especiales de registros que están protegidos por separado por la ley (si corresponde). Los registros pueden incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre el diagnóstico o tratamiento por consumo de drogas o alcohol, tratamiento o consultas por trastornos de salud mental o psiquiátricos, e información genética.*

- ◆ Aviso sobre la 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
  - Si usted da a luz en Owensboro Health, una parte de su expediente médico formará parte del expediente médico del recién nacido.
- ◆ Fecha de vencimiento.
  - Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente por 120 días desde la fecha de la firma.
- ◆ Sus derechos según la ley.
  - Esta sección es solo informativa. Explica sus derechos según las leyes estatales y federales de privacidad.
- ◆ Representante legalmente autorizado.
  - Si usted es un representante legalmente autorizado del paciente, es posible que le pidan que presente otros documentos que muestren que es el paciente o el representante legalmente autorizado del paciente.
- ◆ Firma y fecha.
  - Su firma y la fecha son obligatorias para que la autorización sea válida. Si completa la autorización en nombre del paciente, escriba su nombre en letra de molde e indique su relación con el paciente.

◆ Dónde enviar la petición.

OHRH

PO Box 20007  
Owensboro, KY 42304-0007  
Attn: Health Information Mgmt.  
Teléfono: 270-417-6800  
Fax: 270-417-6809  
Correo electrónico: [himroi@owensborohealth.org](mailto:himroi@owensborohealth.org)

OHMCH

440 Hopkinsville Street  
Greenville, KY 42345  
Attn: Health Information Mgmt.  
Teléfono: 270-338-8378  
Fax: 270-338-8516

OHTLMC

910 Wallace Ave.  
Leitchfield, KY 42754  
Attn: Health Information Mgmt.  
Teléfono: 270-259-9517  
Fax: 270-259-9589

Si necesita más ayuda para completar el Formulario de autorización, llame al (270) 417-6800.