

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| Patient Information / Información del paciente | | | |
| Nombre del paciente: _____ | | Fecha de nacimiento: _____ | |
| Últimos cuatro dígitos del Seguro Social: _____ | | | |
| Dirección: _____ | | Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____ | |
| Teléfono: _____ | | Correo electrónico: _____ | |
| Method of Receipt/Type of Media (Please check ONLY one) / Método de recepción/Tipo de medios (marque SOLO uno) | | | |
| <input type="checkbox"/> Portal del paciente en MyChart <input type="checkbox"/> CD (retiro en persona por el paciente/otro) (cifrado) <input type="checkbox"/> CD (por correo) (cifrado) <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Unidad flash USB (retiro en persona por el paciente/otro) (cifrada) <input type="checkbox"/> Unidad flash USB (por correo) (cifrada) <input type="checkbox"/> Copia impresa (retiro en persona por el paciente/otro) <input type="checkbox"/> Copia impresa (por correo) <input type="checkbox"/> Correo electrónico (cifrado) <input type="checkbox"/> Correo electrónico (<u>NO</u> cifrado) (Nota: Si quiere que enviemos información por correo electrónico no cifrado, esto aumenta el riesgo de que un tercero no autorizado pueda leer la información). | | | |
| Reason or Purpose for the use and/or disclosure of the information / Motivo o propósito del uso o la revelación de la información | | | |
| <input type="checkbox"/> Atención continua <input type="checkbox"/> Asunto legal <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Indemnización por accidente laboral. <input type="checkbox"/> Motivos personales <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |
| Release Information From: / Revelar información de: | | | |
| _____ | | | |
| (Nombre del hospital, médico, proveedor de atención médica) | | | |
| Dirección | | Código postal | |
| _____ | | _____ | |
| Teléfono | | Fax | |
| _____ | | _____ | |
| Release/Send my health information to: <input type="checkbox"/> Check this box if same as patient listed above. OR / Revelar/enviar mi información médica a: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es el paciente mencionado arriba. <input type="radio"/> | | | |
| _____ | | | |
| (Nombre del hospital, médico, proveedor de atención médica, otro) | | | |
| Dirección | | Código postal | |
| _____ | | _____ | |
| Teléfono | | Dirección de correo electrónico | |
| _____ | | _____ | |
| Information to be released / Información para revelar | | | |
| Información para revelar en el siguiente intervalo de fechas _____ al _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Registros hospitalarios (marque los registros que quiere que se revelen) <ul style="list-style-type: none"> <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"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Historia y examen físico <input type="checkbox"/> Registros de vacunas <input type="checkbox"/> Informes del Departamento de Emergencias <input type="checkbox"/> Informes de cirugías/procedimientos <input type="checkbox"/> Informes patológicos <input type="checkbox"/> Informes de radiografías <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de fisioterapia/terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Registros de consultorio/clínica (especifique el nombre del proveedor): _____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Facturación del consultorio | | | |

Release of Special Protected Records / Revelación de registros especiales protegidos

Entiendo que la información de mi expediente médico puede 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 abuso de drogas o alcohol, tratamiento o consultas por trastornos de salud mental o psiquiátricos, e información genética.

Notice Regarding Delivery Mother's Record / 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.

Expiration / Vencimiento

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

Re-Disclosure / Nueva revelación

Entiendo que la información utilizada 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 podrá volver a revelarla.

Your Rights / 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 a 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. La anulación debe ser por escrito, estar firmada por mí o en mi nombre, y entregarse a:

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| OHRH | OHMCH | OHTLMC |
| PO Box 20007 | 440 Hopkinsville St. | 910 Wallace Ave. |
| Owensboro, KY 42304-0007 | Greenville, KY 42345 | Leitchfield, KY 42754 |
| Attn: Health Information Mgmt. | Attn: Health Information Mgmt. | Attn: Health Information Mgmt. |
| Teléfono: 270-417-6800 | Teléfono: 270-338-8378 | Teléfono: 270-259-9517 |
- 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 solicita para que la utilice el proveedor o para revelar información médica).

Legally Authorized Representative / Representante legalmente autorizado

Si solicita 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 otorgue la tutela.

Si solicita 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 otorgue la tutela.

Signature (As required by law) / 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.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____
(Paciente/Representante legal)

Si lo firma el representante legal, debe escribir su nombre en letra de molde y la relación.

Nombre: _____ Relación: _____