

INSTRUCCIONES:

- Los párrafos del 1-5 deben de ser llenados. Si algún párrafo no esta llenado esta autorización se considerara incompleta e inválida.
- Por favor escriba claramente.
- Para mayor información lea la hoja del NMC referente a la Privacidad del Paciente.

SECCIÓN 1 – Información Demográfica

Nombre completo del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Otros Nombres Usados: _____ Número de Seguro Social: _____
 Dirección del Paciente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Numero de Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Fax _____

SECCIÓN 2 – Identificación de la Persona que Autoriza dar y persona que Recibirá Información Confidencial de Salud

Información solicitada por: _____

Dar Información a: _____

SECCIÓN 3 –Razón

Razón por dar esta información: _____

SECCIÓN 4 – Tipo de solicitud

Copia para archivo Revisión para Archivo

Fecha (s) de Tratamientos: _____

***Marque dentro del paréntesis A B o C. Si desea información de cada uno de los expedientes, debe solicitarlo cada uno por separado.**

Información que se entregara: <input type="checkbox"/> A. Expediente medico excluyendo Expediente de Psicología y Gerontología: Incluyendo: <input type="checkbox"/> Resumen de Salida <input type="checkbox"/> Hoja de Recibos <input type="checkbox"/> Hoja de Consulta <input type="checkbox"/> Hoja de Historia Física <input type="checkbox"/> Radiología/ Radio Imagen <input type="checkbox"/> Hoja del Dpto. de Urgencias	<input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio <input type="checkbox"/> Hoja de Cirugía <input type="checkbox"/> Hoja de Terapia Física, Lenguaje y T. Ocupacional Expediente <input type="checkbox"/> Hoja prenatal <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Expediente Completo (Excluyendo Psicoterapia y Gerontología)	<input type="checkbox"/> B. Expediente de Psicoterapia solamente Nota: El expediente de Psicoterapia no podrá ser enviado sin previa autorización del paciente o del Director Medico de Gerontología. Aceptado: _____ <input type="checkbox"/> Si Iniciales _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> C. Expediente solo de Gerontología Nota: El expediente de Gerontología no podrá ser enviado sin previa autorización del Director Medico de Gerontología. Aceptado: _____ <input type="checkbox"/> Si Iniciales _____ <input type="checkbox"/> No
---	--	--	--

SECCIÓN 5 –Acepto haber Leído la información previa

- Acepto que cuando mi expediente ha sido entregado, ya no estará protegido por la ley de la privacidad y mi expediente puede ser mostrado por la persona que lo recibió.
- Se que puedo rehusar firmar esta Autorización y si rehúso el pago mi tratamiento no será afectado, a menos que mi tratamiento sea de investigación, y la razón de mi tratamiento tiene que ser compartida con otras personas.
- La Ley Federal estipula que puedo ver y obtener una copia después de haberla firmado.
- Especifique fecha, evento o razón por la cual esta autorización se cancela: _____
 (Deje en blanco, si esta expira exacto al año)
- Se que puedo cancelar esta autorización, pero si esta información ya ha sido enviada esta cancelación no podrá ser efectiva. Para cancelar esta autorización, debe llamar a:

Encargado de la Privacidad 1-316-804-6178 o Derecho del Paciente 1-316-804-6051 o Director HIM 1-316-804-6030

Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente: _____ Fecha: _____

Representante Legal del Paciente y Relación con el Paciente: _____

Escriba con Letra de Molde el Nombre del Representante Legal: _____

Dirección y Teléfono del Representante Legal: _____

PARA SER LLENADA POR HIM

TO BE COMPLETED BY HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

Approval by Privacy Officer for Non-Treatment Payment Operations requests: Yes ___ No ___ Initial ___ NA ___ Date _____

Identification verified by: _____ Date: _____

Information sent by: _____ Number of Copies: _____ Date Copies Sent: _____

MRUN: _____ Date Received in HIM: _____ White: Medical Record Yellow: Patient
