

Información del paciente (en LETRA IMPRENTA)

Nombre:	Apellido:	
Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono de casa: ()	Número de teléfono celular: ()	
Dirección de correo electrónico (opcional):		

Por medio de la presente autorizo (marque UNO):	Dirección:	Número de teléfono:	(504) 702-2082
<input type="checkbox"/> University Medical Center New Orleans (UMCNO)	Attention:	Número de fax:	(855) 526-9216
<input type="checkbox"/> UMC Clinics	Release of Information	Dirección de correo electrónico:	
Nombre del médico: _____	2000 Canal Street New Orleans, LA 70112	UMCMedicalRecords@lcmchealth.org	
Nombre de la clínica: _____			

Para (Marque UNA): Para recibir información de: Mí mismo - consulte la información que aparece anteriormente
 Para divulgar información a: Mí mismo - consulte la información A través del portal del paciente

Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono: ()	Número de fax: ()	

Información de salud para ser utilizada y/o divulgada según esta autorización:

Fechas de servicio:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
<input type="checkbox"/> Resumen	<input type="checkbox"/> Informe de salud completo	<input type="checkbox"/> Facturación detallada
<input type="checkbox"/> AVS – Resumen después de la visita	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Registros de vacunas
<input type="checkbox"/> Informe de autopsia	<input type="checkbox"/> Registro de sala de emergencia	<input type="checkbox"/> Informe operativo
<input type="checkbox"/> Informes de cardiología	<input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico	<input type="checkbox"/> Informes de patología/ de laboratorio
<input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Observaciones clínicas/progreso
		<input type="checkbox"/> Informes de radiología
		<input type="checkbox"/> Imágenes/videos de radiología

La información a continuación **NO** se divulgará a menos que usted lo autorice específicamente al colocar mis iniciales a continuación:

Resultados de pruebas de SIDA o VIH:	Información de salud conductual:
Tratamiento de abuso de alcohol/sustancias:	Prueba genética:

Propósito del uso o divulgación (Marque UNO): ("A petición mía" es un propósito suficiente para que un paciente inicie esta solicitud)

Atención continua Legal Seguro A petición mía Otro:

Reconocimiento de comprensión:

- Entiendo que puedo retirar mi autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones en virtud de esta declaración. El retiro debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo postal al Departamento de Administración de Información de Salud (Health Information Management Department) a la dirección indicada anteriormente.
- Entiendo que esta declaración de autorización vencerá en un **año a partir de la fecha** firmada, a menos que identifique una fecha diferente: _____; lo que ocurra primero.
- Entiendo que, si no firmo este formulario, mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados.
- Entiendo que firmar este formulario es un acto voluntario. El LCMC Health no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en los planes de salud o la elegibilidad para beneficios por mi firma o mi negativa a firmar esta autorización, excepto en circunstancias limitadas.
- Entiendo que una vez que LCMC Health divulgue mi Información de Salud Protegida (PHI) al destinatario, LCMC Health no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar mi PHI a un tercero. Es posible que no se requiera que el tercero cumpla con esta Autorización o con las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi PHI.
- Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto por 42 CFR 164.524
- Entiendo que hay un cargo por fotocopias y registros proporcionados en medios electrónicos, según lo permitido por la ley de Louisiana, a menos que se envíen copias directamente a otro proveedor de atención médica.
- Entiendo que el registro podría no estar completo, si es una visita reciente, y se podría agregar documentación adicional después de enviarlo.

Firma del paciente o representante legal:	Fecha:
---	--------

Nombre del paciente o representante legal en letra imprenta:	Relación con el paciente:
--	---------------------------

Autoridad del representante para actuar por el paciente: **(Adjunte documentación de respaldo)**



AVISO PARA LOS PACIENTES:

Lea este aviso detenidamente y siga las instrucciones para completar la autorización para divulgar registros médicos.

Información de contacto del Departamento de Administración de Información de Salud (HIM):

University Medical Center New Orleans / Clinics Attention: Release of Information 2000 Canal Street New Orleans, LA 70112	Número de teléfono:	(504) 2-2082
	Número de fax:	(855) 6-9216
	Dirección de correo electrónico:	UMCMedicalRecords@lcmchealth.org

Instrucciones para completar la autorización:

1. Complete todas las secciones en el formulario de "AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O LIBERAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA". No se aceptarán formularios incompletos (según lo estipulado por las Pautas federales para HIPAA).
2. El paciente o un representante autorizado del paciente debe completar el formulario, con la identificación correspondiente.
3. Si el paciente falleció, no falleció en este centro y usted es el pariente más cercano, incluya una copia del certificado de defunción.
4. Envíe (por correo postal, fax o correo electrónico) su formulario completo de Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida A la ubicación adecuada mencionada anteriormente.
5. Si tiene alguna pregunta con respecto a la divulgación de su información médica, comuníquese con el DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD (HEALTH INFORMATION MANAGEMENT DEPARTMENT) en la ubicación mencionada anteriormente.

Información importante sobre la autorización:

La autorización finalizará en la fecha indicada en la Autorización o cuando el paciente la revoque por escrito.

Debido al volumen de solicitudes, LCMC Health contrata a un proveedor externo para que lo ayude con las solicitudes de registros médicos. MRO Corporation

- Comisión por servicio:
Papel 10¢ por página más impuestos y gastos de envío
Electrónico 10¢ por página
- Entrega electrónica o CD:
Tarifa plana de \$6.50