

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

Nombre del paciente:* _____ N° de Seguro Social (solo los últimos 4 dígitos): _____
 Dirección: _____ Número de teléfono: _____
 Ciudad/Estado/Código postal _____ Fecha de nacimiento: _____
 Correo electrónico: _____

1. Por el presente, les solicito a South Nassau Communities Hospital (SNCH, por sus siglas en inglés) y a sus afiliados que proporcionen la siguiente información:

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Extracto/Resumen del expediente clínico (historia médica y examen físico, resumen del alta, resultados de diagnóstico, medicamentos recetados/administrados, informes de operaciones) | <input type="checkbox"/> | Informe de operaciones |
| <input type="checkbox"/> | Expediente de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> | Instrucciones o plan del alta** |
| <input type="checkbox"/> | Resumen del alta | <input type="checkbox"/> | Radiografías |
| <input type="checkbox"/> | Informes de interconsultas | <input type="checkbox"/> | Muestras de laboratorio/patología |
| <input type="checkbox"/> | Expediente clínico completo | <input type="checkbox"/> | Otros (especifique): |
| <input type="checkbox"/> | Pruebas de diagnóstico: radiología | | |
| <input type="checkbox"/> | Pruebas de diagnóstico: laboratorio | | |
| <input type="checkbox"/> | Pruebas de diagnóstico: patología | | |

2. Descripción de la información médica protegida a divulgar: _____

Motivo de la divulgación:	Copia personal: <input type="checkbox"/>	Atención continua: <input type="checkbox"/>	Seguro: <input type="checkbox"/>	**Cuidador directo designado: <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--	---	----------------------------------	--

Esta autorización puede incluir la divulgación de información relativa al ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS y a la TERAPIA DE SALUD MENTAL, excepto las notas de psicoterapia, e INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELATIVA AL VIH únicamente si escribo mis iniciales en la línea correspondiente a continuación. Autorizo específicamente a divulgar dicha información a la o las personas que se indican abajo en la parte 3. Incluir: (señale con sus iniciales) _____ Tratamiento de alcohol/drogas _____ Información de salud mental _____ Información relativa al VIH _____

3. Autorizo a SNCH y afiliados a divulgar información médica protegida a el o los siguientes destinatarios:

Myself (the patient or guardian)	Other/Doctor	**Designated Care Giver:
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad/ Estado/ Código Postal: _____	Ciudad/ Estado/ Código Postal: _____	Ciudad/ Estado/ Código Postal: _____
	Phone#: _____	Phone#: _____

ESTA ES UNA SOLICITUD DEL PACIENTE: A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO, LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS SE LE COBRARÁN AL PACIENTE CUOTA: \$0.36 por página para disco compacto o copia en papel; \$0.36 por página para el portal del paciente; y costos del procesamiento del pedido (franqueo exacto) - No tiene costo si los expedientes se envían al medico.

*Esta autorización es aplicable a un paciente con un diagnóstico relacionado con drogas o alcohol que, conforme al Título 42, parte 2 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations) o la Ley de Higiene Mental (Mental Hygiene Law) del estado de Nueva York, que rigen esta solicitud. Mis expedientes clínicos pueden contener información sobre pruebas genéticas, incluidos los resultados de pruebas. El tratamiento, el pago, la afiliación a un plan de salud o la elegibilidad para beneficios no estarán condicionados por la autorización de divulgación. El destinatario podría volver a divulgar información divulgada bajo esta autorización, y la información que se vuelva a divulgar puede o no estar protegida por la ley federal o estatal. Esta autorización se puede revocar con un aviso escrito por el abajo firmante dirigida a la Oficina de Administración de Información de la Salud (Health Information Management Department) a un centro externo aplicable. **Para el cuidador designado, la información a divulgar solo incluye toda la información médica contenida en el plan y las instrucciones del alta.*

Esta autorización tiene vigencia hasta (marque una fecha o evento): ___ 6 meses ___ Un año ___ Otro

Certifico que he leído, firmado y recibido una copia de esta autorización al solicitarla.

 Firma del paciente o representante personal Relación con el paciente Nombre en letra imprenta
 Fecha: _____

Deje transcurrir hasta 7 días hábiles para procesar la solicitud. Su expediente está siendo procesado por

Uso interno: N° de expediente clínico _____ N° ROI _____ Forma de pago (no se permiten pagos en efectivo) ___ Tarjeta de crédito ___ Giro postal ___ Cheque (Hacer cheques a nombre de CIOX)

