

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente: _____

N.º de seguro social(solamente los últimos 4 dígitos) : _____

Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

1. Yo, o mi representante autorizado, solicito a Mount Sinai South Nassau y a sus afiliados que brinden la siguiente información:

<input type="checkbox"/> Resumen de la historia clínica (incluye: antecedentes y examen físico, resumen de alta, resultados de las pruebas de diagnóstico, medicamentos recetados/administrados, informes de operaciones)	
<input type="checkbox"/> Expediente de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Informe de operaciones
<input type="checkbox"/> Informes de las consultas	<input type="checkbox"/> Plan o instrucciones de alta**
<input type="checkbox"/> Historia clínica completa	<input type="checkbox"/> Placas y CD de radiografías
<input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico: radiología	<input type="checkbox"/> Muestras de laboratorio/patología
<input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico: laboratorio	<input type="checkbox"/> Otros (especifique):
<input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico: Patología	

2. Rango de fechas de la información médica protegida (PHI) que se divulgará: _____

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

** La información que se divulgará solamente incluye toda la información médica contenida en el plan y las instrucciones del alta.

3. Mount Sinai South Nassau y sus afiliados pueden enviar esta información a las siguientes personas:

Yo (paciente o representante del paciente)	Otro/Médico	**Cuidador designado:
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:	Dirección:
Ciudad/Estado/Código postal:	Ciudad/Estado/Código postal:	Ciudad/Estado/Código postal:
Número de teléfono:	Número de teléfono:	Número de teléfono:

Esta autorización puede incluir la divulgación de información relativa al ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, la TERAPIA DE SALUD MENTAL (excepto las notas de psicoterapia), la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELATIVA AL VIH e INFORMACIÓN SOBRE PRUEBAS GENÉTICAS, únicamente si escribo mis iniciales en la línea correspondiente a continuación. Autorizo específicamente a divulgar dicha información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 3.

Incluir: (indique con sus iniciales)			
____ Tratamiento por abuso de alcohol/drogas	____ Información de salud mental	____ Información relativa al VIH	____ Información de pruebas genéticas

Entiendo lo siguiente:

- La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios no dependerán de que yo conceda autorización para esta divulgación.
- Esta autorización puede ser revocada por el firmante mediante una notificación escrita al Departamento de Administración de Información Médica o al centro médico externo correspondiente, a excepción de que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
- El destinatario puede volver a divulgar la información divulgada por esta autorización; en ese caso, es posible que esa información ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Fecha o evento en el que vencerá esta autorización: _____

Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	Autoridad para firmar en nombre del paciente:
--	--

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

Firma del paciente (o del representante autorizado por ley)	Fecha: _____
--	---------------------

Deje transcurrir hasta 7 días hábiles para procesar la solicitud. Su historia clínica está siendo procesada por:



Uso interno: N.º de historia clínica _____	N.º ROI _____	Método de pago (No se permiten pagos en efectivo) _____
Tarjeta de crédito _____ Giro postal _____ Cheque (Hacer cheques a nombre de CIOX) _____		

Este centro se ha asociado con CIOX Health, el mayor proveedor nacional de servicios de divulgación de información médica para procesar y cumplir con su solicitud de una copia de su historia clínica.

Un representante de servicios al cliente de CIOX Health realiza una captura de su información de salud protegida de su historia clínica del centro a través de nuestra plataforma de tecnología segura y confidencial. La información de su historia clínica luego es transmitida en forma digital a nuestro Centro de Procesamiento de Divulgación de Información, donde es empaquetada y enviada a usted por correo o de manera electrónica; a través de la funcionalidad eDelivery, todo ello en un formato que cumple con las disposiciones de la HIPAA.

Debido a los pasos estrictos y altamente regulados de este proceso, conocido como proceso de divulgación de información, existen costos asociados a este y, por lo tanto, se cobra un arancel por este servicio. Los aranceles aplicables a todas las solicitudes se detallan a continuación:

Formato de la historia clínica del paciente	Medio Producido/Solicitado y Costo	
	Costo de entrega en un formato electrónico (CD/USB/descarga o portal):	Costo de historia clínica entregada en papel
Electrónico o híbrido (electrónico/papel)	Arancel fijo de \$6.50 por la parte electrónica. <ul style="list-style-type: none"> Más, si corresponde, \$0.07 por página por los costos laborales de CIOX Health por crear y entregar la porción de la historia clínica que se mantiene en papel. Más los impuestos a la venta aplicables. 	<ul style="list-style-type: none"> \$0.07 por página por los costos laborales de CIOX Health por crear y entregar la porción de la historia clínica que se mantiene en papel. Más, si corresponde, el costo menor de arancel al paciente regulado por el estado o \$0.90 por el costo laboral promedio de CIOX Health por crear y entregar la parte de la historia clínica que se mantiene en forma electrónica. Más \$0.05 por página por los suministros (papel y tóner). Más el franqueo correspondiente si se envía por correo, más los impuestos a la venta aplicables.
Papel	\$0.07 por página por los costos laborales de CIOX Health por crear y entregar la porción de la historia clínica que se mantiene en papel. <ul style="list-style-type: none"> Más los impuestos a la venta aplicables. 	\$0.07 por página por los costos laborales de CIOX Health por crear y entregar la porción de la historia clínica que se mantiene en papel <ul style="list-style-type: none"> Más \$0.05 por página por los suministros (papel y tóner). Más el franqueo correspondiente si se envía por correo. Más los impuestos a la venta aplicables.

Si bien CIOX Health tiene contrato con el centro para brindar servicios de divulgación de información, también estamos comprometidos a brindarle a usted su historia clínica solicitada de una manera eficiente y altamente segura. Queremos asegurarnos de que usted comprende el proceso en el cual se le brinda la historia clínica y los costos asociados para obtenerla.

No dude en comunicarse con nosotros al 800.367.1500 si tiene preguntas acerca de los servicios que CIOX Health brinda en nombre del centro o con respecto a la factura que usted puede recibir como resultado de su solicitud de su historia clínica.

Gracias.
CIOX Health

El arancel debería remitirlo a CIOX Health de la manera en que se le indica en la factura que usted recibirá.

Se aceptan los siguientes medios de pago:

También se aceptan cheques, los cuales deben hacerse a nombre de CIOX Health. Los pacientes también pueden pagar sus facturas en línea en www.healthportpay.com.