



Etiqueta del Paciente

# AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

(Un Formulario por Paciente)

Pago: Habrán tarifas asociadas con la mayoría de las solicitudes de registro. En algunos casos, el pago debe recibirse antes del lanzamiento del registro.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Liberar Información De:**

Trinity Health Grand Rapids Hospital ATT: DEPT.HIM  
200 Jefferson SE  
Grand Rapids, MI 49503  
F: 616-685-3014  
T: 616-685-6166

Trinity Health Grand Rapids Hospital ATT: Central de expedientes médicos (Consultorio médico)  
200 Jefferson SE  
Grand Rapids, MI 49503  
F: 616-685-3194  
T: 616-685-3180

Trinity Health Imágenes Grand Rapids Hospital  
F: 616-685-3014  
T: 616-685-6214  
E: film.room@trinity-health.org

**Otro:** \_\_\_\_\_

**Liberar Información A:**

Trinity Health Grand Rapids Hospital  
200 Jefferson SE  
Grand Rapids, MI 49503  
F: 616-685-3014  
T: 616-685-6166

Trinity Health Grand Rapids Hospital ATT: Central de expedientes médicos (Consultorio médico)  
200 Jefferson SE  
Grand Rapids, MI 49503  
F: 616-685-3194  
T: 616-685-3180

**Otro:** \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

**PROPÓSITO DE LA LIBERACIÓN (verificar el motivo):**

Personal     Continuidad de Atención     Seguro Medico     Legal     Transferencia

**Complete las fechas del tratamiento para que se divulguen los registros:**

**Fechas de tratamientos:** Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Registro del hospital (marque todos los que correspondan):		Registro de la Oficina del Doctor (marque todos los que correspondan):	
<input type="checkbox"/>	Resumen de Alta	<input type="checkbox"/>	Informes Cardiacos / EKG
<input type="checkbox"/>	Historia y Examen Física	<input type="checkbox"/>	Imágenes de Radiografía
<input type="checkbox"/>	Informes de Consulta	<input type="checkbox"/>	Informes de Oncología
<input type="checkbox"/>	Informes Operativos	<input type="checkbox"/>	Registros de Salud Psiquiátrica / del Comportamiento
<input type="checkbox"/>	Reportes de Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Otros:
<input type="checkbox"/>	Informes de radiología/radiografía	<input type="checkbox"/>	Registro de Facturación
<input type="checkbox"/>	Informes de Patología	<input type="checkbox"/>	Registro Completo
		<input type="checkbox"/>	*Registros de Facturación (solo por correo)

FORMATO (Pueden aplicarse recargos):	MÉTODO DE ENTREGA:
<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> Recoger
<input type="checkbox"/> Papel copia	<input type="checkbox"/> Correo
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Fax (Hosp. u Oficina Med. solamente) # Fax

**Información confidencial:** Entiendo que la información en mi registro puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental o tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

**Derecho a revocar:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización limitada por escrito en cualquier momento en la dirección que se encuentra en la parte superior de este formulario, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. Esta autorización está vigente hasta que la revoque o hasta que caduque, como se indica a continuación.

**Expiración:** a menos que se revoque de otra manera, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición: si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización v vencerá en seis meses.

**Re-divulgación:** Si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de servicios de salud o un plan de salud, cubierto por las regulaciones federales de privacidad, entiendo que la información descrita anteriormente puede ser re-divulgada y ya no está protegida por estas reglamentaciones.

Firma: \_\_\_\_\_ Imprima Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ID Verificado    Nombre del Empleado \_\_\_\_\_    Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLICITAR REGISTROS MÉDICOS EN NOMBRE DE OTRA PERSONA:** Si solicita registros médicos para alguien que no sea usted, se le puede solicitar que presente documentación adicional para demostrar que tiene el derecho legal de solicitar un conjunto de registros. Ejemplos de estos documentos incluyen cartas de representación, documentos de tutela, declaraciones juradas de heredero, etc.

\* **FACTURACIÓN:** la información de facturación se enviará por correo a la dirección indicada anteriormente a menos que se especifique lo contrario.

