

Enviar Formulario a: HEALTH INFORMATION
6161 South Yale Avenue
Tulsa, OK 74136-1902
Fax: 918-494-1737



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) DEL CENTRO 965-013G front / 08-17

NOMBRE DEL CENTRO- MARCAR UNA CASILLA ÚNICAMENTE (otros lugares, utilice un formulario aparte)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Saint Francis Hospital ~ 61st & Yale, Tulsa, OK | <input type="checkbox"/> Saint Francis Hospital Muskogee, Muskogee, OK |
| <input type="checkbox"/> Saint Francis Hospital South ~ 91st & Hwy 169, Tulsa, OK | <input type="checkbox"/> Laureate Psychiatric Clinic and Hospital ~ 66th & Yale, Tulsa, OK |
| <input type="checkbox"/> Saint Francis Hospital Vinita ~ Vinita, OK | <input type="checkbox"/> Saint Francis Home Health and Hospice, Tulsa, OK |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

INFORMACIÓN INDIVIDUAL (la persona cuya información se divulgará)

| | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE - LETRA DE MOLDE | FECHA DE NACIMIENTO | NÚMERO DE REGISTRO MEDICO |
| DIRECCION, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL | NÚMERO DE TELÉFONO () | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |

AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

Yo autorizo a Personas / Organizaciones mencionadas abajo para que reciban mi información de salud protegida por otras razones además de las que ya están permitidas por la ley.

PERSONAS / ORGANIZACIONES QUE RECIBEN INFORMACIÓN Y PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

| | | |
|------------------------|---------------------------|-----------|
| PERSONA / ORGANIZACION | NÚMERO DE TELÉFONO () | RELACION |
| DIRECCION | NUMERO DE FAX () | PROPOSITO |
| PERSONA / ORGANIZACION | NÚMERO DE TELÉFONO () | RELACION |
| DIRECCION | NUMERO DE FAX () | PROPOSITO |
| PERSONA / ORGANIZACION | NÚMERO DE TELÉFONO () | RELACION |
| DIRECCION | NUMERO DE FAX () | PROPOSITO |

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

MARQUE UNO O MAS CUADROS ABAJO

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reporte patológico | <input type="checkbox"/> Historial y reportes físicos | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de operaciones | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Reporte de consulta(s) | <input type="checkbox"/> Resumen de dado de alta | <input type="checkbox"/> Reporte (s) de electrocardiogramas | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Reporte(s) de radiología | <input type="checkbox"/> Ordenes de los doctores | <input type="checkbox"/> Rayos-X | <input type="checkbox"/> Lista de medicinas |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol-sustancias | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia (no puede marcar otros cuadros) | |
| <input type="checkbox"/> Expedientes médicos enteros (con excepción de las anotaciones psicoterapéuticas) | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | | |

FECHAS DE LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

MARQUE SOLAMENTE UNO DE LOS CUADROS ABAJO

- Reportes que cubren servicios entre (insertar fechas) _____ - Y - Todas las fechas incluidas las fechas futuras
- Todas las fechas, pero **no** las fechas futuras

COSTO DE LAS COPIAS

Cada Página - **\$0.50** - Servicio Postal será adicional si se envía por correo

COSTO PARA FORMATO DIGITAL

\$0.30 por imagen (no excederá un total de \$200)

COSTO POR RAYOS X U OTRA IMAGEN

\$5.00 Por Imagen

COSTOS ADICIONALES

- Abogado, seguro y solicitudes de citación
 - Franqueo o costo de entrega
- + \$10.00**



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) DEL CENTRO 965-013G back / 08-17

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE - LETRA DE MOLDE

| | |
|---------------------|---------------------------|
| FECHA DE NACIMIENTO | NÚMERO DE REGISTRO MEDICO |
|---------------------|---------------------------|

EXPIRACION Y REVOCACION

Esta Autorización expirará – Escoja una:

- 12 meses a partir de la fecha en la que se firmó en la sección de **FIRMAS** abajo
- Otra (ponga la fecha o el evento) _____

Derecho a Revocar

Entiendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la dirección del centro identificada en la portada de este formulario. Entiendo que no puedo restringir información que ya pueda haber sido divulgada en virtud de esta autorización.

RECONOCIMIENTOS

Yo entiendo que esta Autorización es voluntaria y no afectará mi elegibilidad para beneficios, tratamientos, inscripciones o reclamos de pago.

- Si marcado y rubricado, el centro está autorizado a divulgar mi información de salud protegida para fines de mercadotecnia. Entiendo que el centro puede recibir una compensación directa o indirecta por divulgar mi información en este caso. Iniciales del Individuo/a _____

Yo entiendo que si la persona/organización autorizada para recibir mi información de salud protegida no es de un plan de salud o que provee salud, por lo tanto los reglamentos de privacidad ya no podrán proteger esta información

Yo entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud protegida que se comparte bajo esta autorización mandando una petición por escrito a la dirección del lugar identificado en el frente de esta forma.

Yo reconozco que la información autorizada para publicarse, puede incluir reportes en los cuales puede indicar la presencia de alguna enfermedad contagiosa o no contagiosa, incluyendo pero no limitado a enfermedades venéreas tales como hepatitis, sífilis, gonorrea y el sida también conocida como el síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA).

FIRMAS – Este Documento debe ser firmado por el Individuo o Representante Legal del Individuo.

| | | |
|--|---|------|
| FIRMA DEL PACIENTE | FECHA | HORA |
| PERSONA AUTORIZADA PARA FIRMAR POR EL PACIENTE | FECHA | HORA |
| ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA FIRMAR POR EL PACIENTE | CAPACIDAD LEGAL / RELACIÓN DEL PACIENTE | |
| RAZÓN POR LA CUAL EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR | | |

| | | |
|-------------------|-------|------|
| FIRMA DEL TESTIGO | FECHA | HORA |
|-------------------|-------|------|

La divulgación subsiguiente de los registros médicos sobre el abuso de drogas y alcohol está sujeta a los siguientes restricciones encontradas bajo la parte 2 del CFR 42.

Esta información se le ha suministrado a través de los expedientes protegidos por el reglamento federal de confidencialidad (42 CFR parte 2). El reglamento federal le prohíbe revelar esta información a menos que sea permitida por el consentimiento por escrito de la persona que le pertenece o que de otra manera está permitida por la 42 CFR parte 2. Una autorización general para dar expedientes médicos u otra información NO es suficiente para este propósito. El reglamento federal restringe cualquier uso de la información a investigaciones criminales o enjuiciar a cualquier paciente de abuso de Alcohol o drogas

TRADUCCIÓN - Por este medio, se certifica que la Autorización mencionada arriba fue entregada en forma impresa y leída al paciente (o su representante) en su lengua nativa. El paciente (o su representante) comprendió y estuvo de acuerdo, se le pidió que firmara la versión en inglés (documento válido legalmente) y se le indicó dónde indicar su aceptación.

FIRMA DEL INTÉRPRETE / TESTIGO

FECHA _____ HORA _____