



AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION)

PARA SOLICITUD DE EXPEDIENTE HOSPITALARIO

Devolver a: Administración de Información Médica
8080 Dagget St. Suite 110
San Diego, CA 92111
SHC.Records@sharp.com
Phone: 858-541-5400
Fax: 858-636-2287

PARA SOLICITUD DE EXPEDIENTE DE REES-STEALY

Devolver a: Administración de Información Médica
8080 Dagget St. Suite 110
San Diego, CA 92111
SRSROIRequest@sharp.com
Phone: 858-262-6422
Fax: 858-636-2424

Deben completarse todas las secciones antes de que Sharp HealthCare pueda divulgar su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés).

ACLARACIÓN: Este formulario autoriza el uso o la divulgación de información médica protegida en la forma que se describe a continuación y es voluntario. Negarse a firmar no afectará su capacidad de recibir tratamiento de Sharp HealthCare. Por favor tenga en cuenta que una vez que su información salga de Sharp HealthCare ya no podremos protegerla y es posible que los receptores de su información no tengan la obligación legal de hacerlo.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA ESPECÍFICA: Las leyes federales y estatales requieren que obtengamos una autorización específica de los pacientes para entregar información especialmente sensible. La información sensible se define como el tratamiento o la documentación relacionada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y resultados de las pruebas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); así como la atención psiquiátrica y el tratamiento por abuso de alcohol o drogas. Tenga en cuenta que excluirémos automáticamente este tipo de información a menos que usted la identifique específicamente para su divulgación.

RECIBIR EXPEDIENTES ELECTRÓNICOS: Si prefiere esta opción, proporcione una dirección de correo electrónico donde se indica y seleccione si desea recibir los expedientes encriptados o no encriptados. Si elige la opción de no encriptados, usted entiende que existe el riesgo de que información médica identificable y otra información confidencial pueda ser mal dirigida, leída o interceptada por personas no autorizadas. Por favor, haga esto además de proporcionar su dirección postal.

RESTRICCIONES: Entiendo que Sharp HealthCare no podrá seguir usando o divulgando la información descrita en la página 2 de este formulario a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o que dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por ley. Por la presente eximo a Sharp HealthCare de cualquier y toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de esta información a la parte indicada en este formulario.

COPIA ADICIONAL: Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización a mi solicitud.

REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que esa acción ya se haya realizado.

CARGOS: Usted puede ser responsable del pago de una tarifa de procesamiento razonable en base al costo. La tarifa cubre gastos administrativos, así como cualquier y todo gasto asociado con la copia de la información.

EXPEDIENTES EXTERNOS: Entiendo que es práctica de los hospitales de Sharp HealthCare retener todos los expedientes recibidos de proveedores externos. Además, entiendo que no es práctica de Sharp Rees-Stealy retener todos los expedientes médicos externos. Si los médicos de Sharp Rees-Stealy deciden no conservar copias de sus expedientes médicos, de médicos fuera de Sharp Rees-Stealy, deberá comunicarse con su proveedor que no pertenece a Sharp HealthCare para obtener copias completas de dichos expedientes.

AVISO A LOS PACIENTES DE MEDICINA OCUPACIONAL: La ley de California le permite a su empleador acceder a sus expedientes médicos solo si usted autoriza la divulgación por escrito o por ciertas razones específicas. Algunas de las razones incluyen situaciones en las que su empleador está obligado a hacerlo por ley; cuando usted está involucrado en una demanda (o un proceso similar) con su empleador y su historial médico se encuentra en discusión; cuando la información fue solicitada o pagada por su empleador; cuando se requiere la información para evaluar su necesidad de licencia médica o beneficios relacionados con una discapacidad; o cuando es necesario para administrar su plan de beneficios para empleados. Si tiene preguntas o inquietudes acerca de si alguna de las situaciones antes indicadas aplica para usted, por favor notifique a su proveedor antes de comenzar cualquier procedimiento y considere notificar a su empleador.



SHC-MR-3795-NS

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record Number: _____

Label



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Titular del expediente: Elija uno de los siguientes centros de Sharp (seleccione todos los que apliquen).

- Sharp Chula Vista Sharp Coronado Sharp Grossmont Sharp Mary Birch
- Sharp Mesa Vista Sharp Rees-Stealy Sharp Memorial/Pabellón de pacientes ambulatorios
- Otro: _____

Entregar mi expediente a: _____

OFFICE USE	
SHC#: _____	Facility: _____
Received by: _____	<input type="checkbox"/> ID Checked
Date: _____	

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Por favor, emitirlos por: Disco compacto por correo (CD, por sus siglas en inglés) Correo electrónico (encriptado)

Correo electrónico (*sin encriptar) Imprimir y enviar por correo Imprimir y recoger

Dirección de correo electrónico para recibir expedientes en formato electrónico: _____

Tipo de información que se va a divulgar (marque todas las que apliquen):

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Dpto. de Emergencia | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informes de operaciones y procedimientos |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Atención clínica | <input type="checkbox"/> Historial y examen médico | <input type="checkbox"/> Medicina ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio (excluye VIH) | <input type="checkbox"/> Notas oftalmológicas | <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas | <input type="checkbox"/> Fisioterapia (PT, por sus siglas en inglés)/ |
| <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Imágenes de cardiología | <input type="checkbox"/> Solo informes de radiología | Terapia ocupacional (OT, por sus siglas en inglés) / Terapia de lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Imágenes e informes de radiología | | <input type="checkbox"/> Expediente médico abierto | <input type="checkbox"/> Facturación |
| <input type="checkbox"/> Un año de expedientes de Rees-Stealy (incluye los expedientes pertinentes a atención de pacientes, incluye radiología y laboratorio) | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Fechas de tratamiento solicitadas: De _____ A _____

Se requiere autorización especial: Los expedientes divulgados pueden incluir información relacionada con salud mental, alcohol/drogas y referencias de VIH. Los expedientes de salud mental, tratamiento de trastorno por uso de sustancias y/o resultados de pruebas de VIH no serán revelados a menos que se solicite específicamente a continuación.

___ Resultados de pruebas de VIH ___ Expedientes de tratamiento de salud mental

___ Expedientes de tratamiento de trastornos por uso de sustancias

Uso de la información: El destinatario identificado anteriormente está autorizado a utilizar mi PHI para (elija uno):

- Continuación de atención médica Personal Segunda opinión
- Cambio de proveedor/seguro Seguros (de vida, reclamaciones, etc.) Legal

Expiración: Esta autorización expirará un año después de la fecha de la firma que figura a continuación, a menos que indique una fecha de expiración anterior a _____. Si el propósito de esta solicitud puede requerir que se divulguen futuras notas de tratamiento al mismo destinatario antes indicado, puede colocar sus iniciales aquí para permitir que Sharp divulgue futuras fechas de tratamiento hasta la fecha de vencimiento _____.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido las páginas 1 y 2 de esta autorización.

Nombre en letra de imprenta: _____ **Firma:** _____

Fecha: _____ **Testigo (opcional):** _____

Si usted no es el paciente, indique su parentesco con el paciente: _____

Médico de cabecera (requerido para salud conductual): _____ **Fecha/hora:** _____

OFFICE USE	Completed by: _____	Date: _____	DOS Released: _____	Total Pages: _____
	Documents Released/Comments: _____			



Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record Number: _____

Label