



Saint Luke's Health System
saintlukeshealthsystem.org

Solicitud de Información – Autorización de Paciente

Todas las secciones de esta autorización DEBEN ser completadas para que sea valida de acuerdo a 42 CFR Partes 160 y 164

Nombre de Paciente: Fecha de Nacimiento:

Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:

Correo Electrónico: Teléfono:

Solicito mi información de salud protegida (PHI) de:

- Saint Luke's Hospital-Plaza
Saint Luke's Northland-Barry Road
Saint Luke's Cancer Institute
Anderson County Hospital
Cabot Westside Health Center
Saint Luke's Regional Lab
Saint Luke's Northland-Smithville
Hedrick Medical Center
Wright Memorial Hospital
Saint Luke's Home Care & Hospice
Saint Luke's South
Saint Luke's East Lee's Summit
Crittenton Children's Center
Cushing Memorial Hospital
Saint Luke's Medical Group

Otro:

Solicito que mi información de salud protegida (PHI) sea revelada a:

Nombre: Correo Electrónico:

Dirección: Teléfono:

Ciudad/Estado: Código Postal: Fax (de proveedor solamente):

Autorizo la siguiente PHI sea revelada de mi(s) expediente(s) médico(s):

- Expediente de Sala de Urgencias
Expediente Médico Completo (todas las páginas)
Abstracto/ Resumen hospitalario (Informe dictados de Rad/Lab)
Informe(s) de Laboratorio
Informe(s) de Radiología
Placas/trazados/medios radiológicos
Platinas de Patología
Facturación detallada

Otro:

Cubriendo el periodo de cuidado de salud desde:

Fecha específica(s) a Todos los encuentros o visitas pasados, presentes y futuros

Propósito de solicitar la información:

- Legal
Personal
Seguros
Continuación de cuidado

Como será recibida la información (Si no se marca será en papel):

- US Mail – formato papel
Correo Electrónico – formato seguro
CD – Formato electrónico seguro
Fax (solo a proveedor de cuidados de salud)
Ver Expediente solamente

Al firmar este formulario de autorización, yo entiendo que:

- Las solicitudes de expedientes médicos y/o material no-documental pueden estar sujetas a cargos por reproducción o copias.
PHI puede incluir expedientes relacionados a cuidado de salud mental, enfermedades comunicables, VIH/SIDA, y/o tratamiento para el abuso de alcohol/drogas.
Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser hecha por escrito y presentada al Departamento de Administración de Información de Salud. La revocación no aplicará a información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización.
A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha/evento/condición: Si omito el especificar una fecha/evento/condición, esta autorización vencerá a partir de un año de la fecha de su firma.
El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no deberá quedar condicionada a si firmo o no esta autorización.
Cualquier revelación de información conlleva el potencial de que la misma pueda ser divulgada, y que esta información podría ya no quedar protegida por las reglas de confidencialidad.

Firma de Paciente/Representante Autorizado: Fecha: Hora:

Nombre escrito del representante autorizado: Relación con el paciente:

Firma de testigo: Fecha: Hora:

Si es firmado por el Representante autorizado del paciente, documentación legal de respaldo debe de acompañar este formulario de autorización