**Eastern Shore Rural Health System, Inc.  
Autorización para la revelación de información/obtención de registros médicos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información solicitada para:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del paciente: |  | | | | | | | Fecha de nacimiento (día/mes/año): | | | | | | |  | | |
| Nombre anterior: |  | | | |  | | | N.º de expediente médico: | | | | | | |  | | |
| Dirección: |  | | | | Ciudad: | |  | | | | Estado: |  | | Código postal: | | |  |
| Teléfono de contacto durante el día: |  | | | | Email: | |  | | | | | | | | | | |
| **Por la presente autorizo a a revelar mi información médica protegida a** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre Eastern Shore Rural Health System, Inc.** | | | | | | **Nombre** | | | | | | | | | | | |
| **Dirección 9159 Franktown Rd. P.O. Box 9** | | | | | | **Dirección** | | | | | | | | | | | |
| **Ciudad, estado y código postal Franktown, VA 23354** | | | | | | **Ciudad, estado y código postal** | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono 757-442-4819 Correo Electronico medicalrecords@esrh.org** | | | | | | **Teléfono** | | | | | | | | | | | |
| **Fax 757-442-9505** | | | | | | **Fax** | | | | | | | | | | | |
| **Información que se revelará** | | | | | | **Fechas solicitadas (año a año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | |
| Comunicación verbal  Resumen de alta  Registros de emergencias | | | Informes de progreso de exámenes  Historial médico y examen físico  Registros de vacunación | | | | | | | Informes de laboratorio/radiografías  Registros de medicamentos  Otra  Dental \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **Autorizo específicamente la revelación de información sobre:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consumo de sustancias/Tratamiento por consumo de sustancias (incluyendo alcohol/drogas)  Tratamiento de salud mental/conductual  Información sobre el VIH (p. ej., pruebas relacionadas con el sida) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Entiendo que mis registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, si los hubiera, están protegidos por las reglamentaciones federales que rigen la confidencialidad y los registros de pacientes por abuso de drogas, 42 C.F.R. parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (“HIPAA”), 45 C.F.R., partes 160 y 164, y no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito a menos que las reglamentaciones, otra ley aplicable o una orden de un tribunal lo exijan. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Propósito de la revelación: Las copias enviadas a centros para atención continua son gratis.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transferencia de la atención  Consulta  Coordinación de la atención  Discapacidad | | Escolares/académicos  Legales (especifique): **\*\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Acceso personal (especifique): **\*\***  Copia  Inspección  Resumen  Otros (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\*\*** **Se pueden aplicar cargos**. Antes de la revelación, se hablará sobre los cargos con el solicitante. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Método de entrega de registros: Por determinar en función del número de páginas y las capacidades electrónicas.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Comprensión del paciente:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Certifico que soy mayor de 18 años o que soy el representante legal (p. ej., padre, tutor legal, custodio legal, curador, tutor *ad litem*, apoderado en virtud de un poder notarial o albacea del difunto) del beneficiario del servicio, excepto en circunstancias en las que tengo consentimiento médico para los servicios designados por la ley estatal o federal (es decir, consumo de sustancias, tratamiento de salud mental, tratamiento de enfermedades de transmisión sexual). * Entiendo que los registros que autorizo revelar pueden incluir información sobre servicios de planificación familiar y enfermedades contagiosas. También entiendo que, al autorizar la revelación de registros, es posible que se incluya información limitada sobre el consumo de sustancias o diagnósticos y tratamientos de salud conductual en el registro. * Entiendo que esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma y que puedo revocar esta autorización mediante notificación escrita firmada por mí, y que no afectará ninguna información revelada antes de la notificación escrita de revocación. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Firma del paciente/representante legal:** | | | |  | | | | | | | | | **Fecha:** | | |  | |
| **Relación con el paciente:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Registros recibidos por:** | | | |  | | | | | **ID verificada** | | | | **Fecha:** | | |  | |