Kearny County Hospital
Family Health Center

SOLICITUD PARA INSPECCIONAR O COPIAR INFORMACIÓN MÉDICA

Envíe esta solicitud a nuestro oficial de privacidad/persona de contacto. Si tiene preguntas, comentarios o quejas, o si desea revisar u obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, comuníquese con:

Irma Fonseca	marranda martinez	Claria Méndez
él secretario	él secretario	Oficial de HIPAA

*Tenga en cuenta que cada vez que se soliciten registros médicos, se deberá completar un nuevo ROI para REGISTROS DEL HOSPITAL ÚNICAMENTE.

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE SOLICITADA:

Nombre del paciente:_____ DIRECCIÓN:_____

Teléfono: _____-_____-_____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Yo, _____, autorizo a _____ a divulgar información de salud confidencial de la información de salud del paciente mencionado anteriormente a _____ con el siguiente propósito: _____.

Solicitud de registros:

- ☐ Directivas avanzadas
- ☐ Registros de anestesia
- ☐ Resumen de la visita a la clínica
- ☐ Consentimiento para Tratamiento
- ☐ Factura detallada
- ☐ Resultados del estudio de diagnóstico (Laboratorio, Radiología, Patología)
- ☐ Alta/Resumen narrativo
- ☐ Registro del departamento de emergencias
- ☐ Historial y Registros de Exámenes Físicos
- ☐ Registros de medicamentos
- ☐ Notas/registros de enfermería
- ☐ Informes operativos y de procedimientos
- ☐ Fotografías
- ☐ Notas/registros/órdenes del médico
- ☐ Disco de radiología -Solicitud en Radiología
- ☐ Registros de terapia respiratoria
- ☐ Registros de terapia/rehabilitación
- ☐ Otro:_____

Fecha(s) de tratamiento:_____

Indique el método de entrega si se solicitan copias:

- ☐ Recogeré los registros del Hospital.
- ☐ Por favor envíe un fax. mi número de fax es_____
- ☐ Correo
- ☐ Correo electrónico a: (debe firmar el consentimiento para el correo electrónico):_____

Kearny County Hospital
Family Health Center

CONSENTIMIENTO AL CORREO ELECTRÓNICO: Solicito que el condado de Kearny se comunique conmigo o con otra persona sobre mí por correo electrónico a [dirección de correo electrónico]. Entiendo que estas comunicaciones contendrán mi información de salud protegida, información social, mi información de identificación personal (incluida la información demográfica y financiera) y pueden incluir mi número de seguro social, fecha de nacimiento, tarjeta de crédito o información bancaria. Esta información puede no estar encriptada cuando se envía y puede no estar completamente segura. Entiendo que la confidencialidad de mi información puede no estar completamente asegurada. Entiendo que las comunicaciones electrónicas pueden ser interceptadas durante la transmisión, pueden ser mal dirigidas o pueden ser obtenidas de otra manera por terceros. Acepto estos riesgos y cualquier posible daño personal o financiero que pueda ocurrir como resultado de las comunicaciones electrónicas.

También me doy cuenta de que es posible que mi correo electrónico no se reciba, abra, lea o responda de manera oportuna. Si confío en el correo electrónico, me doy cuenta de que mi condición podría empeorar antes de recibir una respuesta y que podría sufrir daños como resultado de esperar una respuesta por correo electrónico. Acepto este riesgo a sabiendas. Me doy cuenta y eximo al hospital de cualquier lesión en la que pueda incurrir como resultado de las comunicaciones por correo electrónico.

_____ _____

Firma del paciente o representante personal del paciente Fecha

_____

Relación del representante personal con el paciente

"Kansas SB119 exige que todas las autorizaciones ya no sean válidas después de un año a partir de la fecha de la firma. De conformidad con KSA 65-6827, el Hospital del condado de Kearny puede cobrar una tarifa por copiar sus registros médicos".

Entiendo que mi información de salud puede contener información relacionada con: VIH, enfermedades contagiosas, tratamiento psiquiátrico, tratamiento de salud mental, tratamiento por abuso de sustancias u otras condiciones que pueden estar específicamente protegidas por la ley y autorizo la divulgación de esa información. Entiendo que una vez que mi información de salud haya sido divulgada, ya no estará sujeta a las normas federales de privacidad y la persona que la recibe puede volver a divulgarla.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi tratamiento o el pago de mi tratamiento no se verán afectados si no firmo este formulario a menos que mi tratamiento incluya investigación, o el motivo de mi tratamiento sea divulgar información a otra persona. Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario según lo dispuesto por las reglamentaciones federales, y que recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento: _____.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, pero que cualquier revocación no es efectiva para las divulgaciones que ya se han hecho. Para revocar esta autorización, debo comunicarme con: Hospital del Condado de Kearny – Departamento HIM.

_____ _____

Firma del paciente o representante personal del paciente Fecha

_____

Relación del representante personal con el paciente

_____ _____

Firma de testigo Fecha