

# 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  
HIM Clerk

Maranda Martinez  
HIM Clerk/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:

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

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): \_\_\_\_\_

500 E Thorpe St. Lakin KS 67860 | 620-355-7111 (f) 620-355-8627 (f) o 620-355-8631 (f)

Hospital del condado de Kearny | Clínica de salud familiar | High Plains Retirement Village

# 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 regulaciones 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

500 E Thorpe St. Lakin KS 67860 | 620-355-7111 (f) 620-355-8627 (f) o 620-355-8631 (f)

Hospital del condado de Kearny | Clínica de salud familiar | High Plains Retirement Village