



Autorización del Paciente para la Divulgación de Información Médica Patient Authorization for Disclosure of Health Information

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Nombre anterior/de soltera: _____

Autorizo la divulgación/entrega de mi información (la solicitud debe tener direcciones completas):

Para: Nombre _____ **De:** Nombre _____
Dirección _____ Dirección _____
Ciudad/Estado/Código postal _____ Ciudad/Estado/Código postal _____
Teléfono/Fax _____ / _____ Teléfono/Fax _____ / _____

La persona que se indica arriba es un empleado de NMHS: Acceso electrónico a todos los registros médicos de NMHS por parte del familiar empleado identificado arriba. También se anima a los empleados a inscribirse en Methodist My Care. Methodist My Care es un portal en línea seguro que puede ayudarlo a administrar la información de salud, visite methodistmycare.org.

Envíe el formulario por fax al 402-354-8790, acceso solo para empleados.

Información que se divulgará/entregará: Fecha(s) del servicio solicitada(s): Desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha).

- Resumen (resumen del alta, historial y exámenes físicos, informes quirúrgicos, consultas y resultados de pruebas)
- Resumen del alta hospitalaria
- Informes de laboratorio/patología
- Radiología:
 - Informes
 - Imágenes (solo CD)
- Otra _____
- Historial médico completo (no incluye registros de trastornos por uso de sustancias)
- Registros de salud mental/conductual (excluidas las notas de psicoterapia)
- Registros de enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA)
- Terapia física/Terapia ocupacional
- Registros de vacunación
- Registros de trastornos por uso de sustancias
 - Todos
 - Solo los siguientes registros de trastornos por uso de sustancias: _____
- Lista de medicamentos
- Expedientes del Departamento de Emergencias
- Registros de facturación
- Registros de salud de los empleados

El propósito para divulgar u obtener la información antes mencionada es:

- Continuidad de la atención
- Seguro médico/Facturación
- Asuntos legales
- Personal
- Otro: _____

Formato y método de entrega de la divulgación:

- Electrónico (elige uno): *Methodist My Care Portal* Correo Electrónico Cifrado: _____
- CD y/o Papel Otro: _____
- Enviar por correo
- La retiro en: Methodist Hospital Methodist Women's Hospital Methodist Fremont Health Methodist Jennie Edmundson Hospital Methodist Hospital Community Counseling Program

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- Las solicitudes de copias de los registros médicos están sujetas a costos de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales y estatales.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando un afiliado de NMHS ya haya actuado al amparo de la autorización. La revocación deberá hacerse por escrito ante el departamento de administración de información médica de la entidad que hace la divulgación. La dirección se encuentra en la página 2 (al reverso) de este formulario.
- A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá al cabo de un (1) año desde la fecha abajo indicada o al ocurrir la siguiente fecha/circunstancia/condición: _____
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada, y la información pudiera no estar protegida por normas federales de confidencialidad.
- La información divulgada puede contener datos sobre abuso de alcohol o drogas, salud mental/de comportamiento, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH o servicios pagados de bolsillo.

Prohibición en cuanto a la nueva divulgación de registros sobre trastornos por uso de sustancias: Los registros sobre trastornos por uso de sustancias están protegidos por la ley federal. La Parte 2 del Título 42 del CFR prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros. A petición mía, tengo derecho a recibir una lista de las entidades que recibieron mi información sobre trastornos por uso de sustancias.

Firma del paciente o representante autorizado
Patient or Authorized Representative Signature

Nombre en letra de imprenta
Printed Name

Fecha
Date

Parentesco con el paciente (si aplica)
Relationship to Patient (if applicable)



Tenga en cuenta que el procesamiento puede tomar hasta 72 horas o tres días hábiles luego de la recepción de la solicitud por escrito. Se les notificará a los solicitantes si se requiere más información o si los formularios están incompletos.

Methodist Health System
Departamento de Divulgación de Información
8303 Dodge Street
Omaha, NE 68114

Horario de atención: lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
N.º de teléfono: 402-354-4660
N.º de fax: 402-354-1350
NMHS.ROI@NMHS.org*

Ubicaciones de Methodist Health Systems para el retiro

Nebraska Methodist Hospital
8303 Dodge Street
Omaha, NE 68114

Methodist Fremont Health
450 E. 23rd Street
Fremont, NE 68025

Methodist Women's Hospital
707 N. 190th Plaza
Elkhorn, NE 68022

Methodist Jennie Edmundson
933 E. Pierce Street
Council Bluffs, IA 51503

Methodist Hospital Community Counseling Program
9239 W. Center Road
Omaha, NE 68114

* Las comunicaciones que se envían por correo electrónico a través de Internet no son seguras. Existe la posibilidad de que la información que usted comparte en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otros individuos además de la persona a quien va dirigida.

Para uso exclusivo del personal de Methodist / Methodist Staff Use Only:		<input type="checkbox"/> HIM to release records
		<input type="checkbox"/> Records Released
Date Received: _____	Location: _____	
MRN: _____	Pg. Count: _____	
FIN#: _____	Released By: _____	
Printed By: _____	Released Date: _____	
<input type="checkbox"/> Drivers License	<input type="checkbox"/> Patient ID Band	<input type="checkbox"/> Work ID Badge
<input type="checkbox"/> Law Enforcement	<input type="checkbox"/> Other _____	