

Dirección de envío: 3333 Farnam St, 3<sup>rd</sup> Floor Attn: HIM ROI Omaha, NE 68131 Fax: (402) 559-6200

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono durante el día:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Ultimos Cuatro SSN#:** \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo y solicito la divulgación de mis registros médicos:

**DE:** \_\_\_\_\_ **PARA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información para ser divulgada:**

**Desde (fecha)** \_\_\_\_\_ **hasta (fecha)** \_\_\_\_\_

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta          | <input type="checkbox"/> Informes de EKG/EEG                   | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología                        | <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba del vih     |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias    | <input type="checkbox"/> Informes de rayos X                           |  |
| <input type="checkbox"/> Informe Operativo        | <input type="checkbox"/> Notas de la clínica                   | <input type="checkbox"/> Registros Prenatales (Embarazo)               | <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de drogas |
| <input type="checkbox"/> Informe de patología     | <input type="checkbox"/> Información psiquiátrica/salud mental | <input type="checkbox"/> Notas de terapia física / ocupacional         |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique)       | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio             | <input type="checkbox"/> Notas sobre el trastorno de uso de sustancias | <input type="checkbox"/> Prueba genética                     |

**Formato de publicación (elijá uno):**  Correo  Recoger  One Chart Patient Portal  Correo electrónico

**Propósito de la divulgación:**  Continuación de la atención médica  Abogado  Registros personales  Otro

Esta declaración de consentimiento se puede revocar en cualquier momento antes de la divulgación de la información y caducará el \_\_\_\_\_ (fecha de vencimiento del evento). Si no se indica una fecha de vencimiento o un evento identificable relacionado con la persona, la autorización caducará 12 meses después de su firma.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la organización proveedora. Si revoco la autorización, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de recibir la revocación.

Entiendo que la persona / institución que recibe la información descrita anteriormente puede no estar cubierta por las regulaciones federales de privacidad, y que la información puede ser divulgada públicamente y ya no estar protegida por esas regulaciones. **PROHIBICIÓN SOBRE LA REDISCLOSIÓN DE ALCOHOL Y / O INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO POR ABUSO DE DROGAS/REGISTROS:** esta información ha sido divulgada de registros protegidos por la ley federal. 42 CFR. La Parte 2 prohíbe cualquier divulgación adicional de estos registros sin la autorización específica por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley.

Entiendo que Nebraska Medicine y sus afiliadas no condicionarán la evaluación o el tratamiento para que yo firme esta autorización. Tarifas: entiendo que las leyes federales y estatales permiten que se cobre una tarifa por la copia de registros médicos y que yo seré responsable del pago de dichas tarifas.

\_\_\_\_\_  
 (Firma del paciente)

\_\_\_\_\_  
 (Firma del padre, tutor o representante autorizado)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha)

\_\_\_\_\_  
 (Relación de la persona anterior al paciente.)



**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

**Dirección postal:**  
 Health Information Management  
 Release of Information  
 3333 Farnam St, 3<sup>rd</sup> Floor  
 Omaha, NE 68131

**Teléfono:** 402-559-4024 **Fax:** 402-559-6200 or 402-559-3799

**TIEMPO PARA PROCESAR**

- La administración de la información de salud requiere un mínimo de 72 horas o tres días hábiles después de que se reciba la solicitud por escrito para procesar
- Permita un tiempo adicional de 7-10 días por correo
- Las solicitudes de registros creados antes de 1999 hacen que se requiera tiempo adicional para investigar y procesar

**COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN:**

- Las autorizaciones son válidas por 12 meses a partir de la fecha de la firma si no se incluye una fecha de vencimiento o un evento identificable relacionado con la persona listada
- Las solicitudes realizadas por cualquier persona que no sea el paciente deben incluir:
  - o Firma del representante del paciente y fecha.
  - o Relación de representante al paciente.
  - o Las personas que no sean el padre de un menor de edad deben proporcionar prueba de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente. La prueba legal incluye tutela, poder legal, documentos de representante personal y otros documentos legales
- Los cargos no se aplican cuando los registros se entregan a un médico / centro médico para la continuación de la atención

**CARGOS**

Precios del Paciente

Cómo se almacenan ----->	Cómo se envían	Información de la tarifa
Electrónico ->	Electrónico (Email, Portal, CD, Flash Drive)	\$6.50 tarifas fijas
Electrónico ->	Papel	\$0.90 costo de mano de obra + \$ 0.05 / suministros de página + franqueo + impuesto a las ventas
Híbrido (Papel & Electrónico) -> Drive)	Electrónico (Correo electrónico, Portal, CD, Flash	\$6.50 (Electrónico) + \$0.07 por página de papel + impuestos + franqueo
Híbrido (Papel & Electrónico) ->	Papel	\$0.07 por página de papel + \$ 0.90 labor + \$ 0.05 por página suministros + gastos de envío + impuestos
Papel -> Drive)	Electrónico (Correo electrónico, Portal, CD, Flash	\$0.07 por página de papel + impuestos + franqueo
Papel ->	Papel	\$0.07 mano de obra por página + \$ 0.05 por página suministros + impuestos + franqueo