



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____

Solicito a St. Mary's Medical Center - Blue Springs MO mi información de salud protegida

1. ¿A quién solicita que se divulgue su información de salud protegida (PHI) / registro médico?

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

2. ¿Cómo desea que se envíe su registro médico?

- Correo electrónico: _____
- Envío por fax a: (_____) _____ - _____
- Recojo personal del registro médico
- Dirección de correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

3. Fechas de servicio Fecha(s) específica(s): _____ a _____

4. Autorizo la divulgación de la siguiente información de salud protegida

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencia | <input type="checkbox"/> Informe(s) de laboratorio | <input type="checkbox"/> Historia médica y examen físico |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informe(s) de radiología | <input type="checkbox"/> Facturación detallada |
| <input type="checkbox"/> Resumen del hospital (informes transcritos / laboratorio / radiología) | <input type="checkbox"/> Informes de cardiología | <input type="checkbox"/> Radiografías |
| <input type="checkbox"/> Informes de operaciones | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Láminas de patología |
| <input type="checkbox"/> Consultores | <input type="checkbox"/> Registros de estudios del sueño | <input type="checkbox"/> Imágenes cardiovasculares |
| | <input type="checkbox"/> Otros: Por favor, especifique _____ | |

5. Propósito para el que solicita la información:

- Legal
- Seguro
- Personal
- Continuación del cuidado

6. Al firmar este formulario de autorización, entiendo que la información de salud protegida (PHI) puede incluir los registros relacionados con salud mental, VIH/SIDA, y/o abuso de alcohol/drogas.

Firma del paciente/representante autorizado: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

- Copia de identificación con fotografía
- Comparación de firma
- Otro _____

Número de teléfono de Registros Médicos: 816-655-5418

Número de fax: 816-220-1807

Email: MOKAN-MB-SMROI@primehealthcare.com

Esta información que le ha sido divulgada procede de registros protegidos por normas de confidencialidad federales (42 CFR Parte 2). Las normas federales y la ley de Missouri prohíbe que usted(es) efectúe(n) cualquier divulgación adicional de esta información salvo que la divulgación adicional esté permitida expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona a quien le pertenece o que así lo permita la norma 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para la investigación o prosecución criminal de un paciente por abuso de alcohol o drogas. REV. 04-2018.