

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS SOLICITADOS**

**Por favor, seleccione la instalación de la que está solicitando los expedientes:**

- ☐ Hospital Holy Cross – Silver Spring  
☐ Hospital Holy Cross – Germantown

Otra \_\_\_\_\_

Escriba las fecha(s) de tratamiento \_\_\_\_\_

Por favor, seleccione los documentos a entregar:

- ☐ Informe del Departamento de Emergencias ☐ Resumen de alta ☐ Historia Clínica y Examen Físico  
☐ Consultas ☐ Informe de procedimiento/operación ☐ Resultados de laboratorio/patología  
☐ Notas de progreso ☐ Resumen/Conjunto de registros de resumen ☐ Resultados de radiografías/diagnóstico  
☐ Resultados de pruebas (EKG, EEG, ecocardiograma). Especifique el resultado de la prueba \_\_\_\_\_

☐ Notas de la clínica/consultorio médico, especifique el nombre del proveedor \_\_\_\_\_

☐ Otro (escriba) \_\_\_\_\_

Por favor incluya: ☐ Imágenes de Radiología/CD ☐ Registros de Facturación Detallados  
☐ Expediente Médico Completo (Pueden aplicarse cargos)

**EL PROPÓSITO O LA NECESIDAD DE LA ENTREGA ES:**

- ☐ Continuación de la Atención Médica ☐ Seguro/Pago ☐ Razones Legales ☐ Uso personal del paciente  
☐ Otro (escriba) \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, ENTREGUE LOS REGISTROS SOLICITADOS A:**

Autorizo que los expedientes médicos indicados arriba sean proporcionados a las siguientes personas:

- ☐ Paciente/Yo mismo ☐ Padre/Tutor legal ☐ Representante personal de HIPAA ☐ Otro, especifique abajo:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**FORMATO SOLICITADO:**(marque solo una opción)

- ☐ Entregar al portal del paciente/MyChart ☐ CD ☐ Papel ☐ Inspeccionar una copia ☐ Correo electrónico

Si elige correo electrónico, escriba la dirección de correo electrónico y elija seguro o no seguro debajo de la dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

- ☐ Correo electrónico seguro/encriptado ( instrucciones de acceso proporcionadas)  
☐ correo electrónico no seguro/no encriptado\*

\*Si marcó "correo electrónico no seguro", tenga en cuenta que enviar y recibir la información de su historial médico a través de correo electrónico no seguro crea un riesgo personal de interceptación y posible robo de identidad.

\*Por favor, coloque sus iniciales si está solicitando la entrega no segura a través de su correo electrónico personal indicado anteriormente. Iniciales \_\_\_\_\_

\*\*Si los expedientes no se pueden enviar por correo electrónico debido a limitaciones de tamaño, seleccione un formato alternativo: ☐ Papel o ☐ CD

\*\*Los registros proporcionados en CD o en papel se enviarán a través del Servicio Postal de los Estados Unidos.

**Cargos por acceso:** No le cobraremos por su primera copia de su conjunto de expedientes pertinentes y/o los resultados de pruebas de diagnóstico ambulatorio que se le envíen a usted, al padre o tutor legal del paciente, o a su representante personal de HIPAA. Si nos solicita copiar su expediente médico completo, podemos cobrar una tarifa razonable según lo permitido por las regulaciones de privacidad de HIPAA. El Sistema de Gestión de Información de Salud utiliza un servicio de copias para realizar la mayoría de las solicitudes de expedientes. Se le puede facturar directamente por el servicio de copias, cuando corresponda. Puede solicitar que se le notifique de cualquier cargo para su aprobación antes de que se le envíen sus expedientes.

**Información sobre sus derechos de acceso:** Excepto en circunstancias limitadas, le proporcionaremos acceso a sus expedientes. Responderemos a su solicitud en un lapso de 30 días (o 60 días si se necesita tiempo adicional para recopilar los expedientes) a partir de la fecha en que recibamos este formulario completo. En ciertas situaciones, podemos denegar su solicitud, pero si lo hacemos, le informaremos por escrito las razones de la denegación y le explicaremos sus derechos para que la denegación sea revisada.

**Por la presente solicito acceso a mi información de salud, como se indicó anteriormente, mantenida por Holy Cross Health. Entiendo que la divulgación de mi información de salud PUEDE INCLUIR información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud conductual o mental, tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas, y/o pruebas genéticas.**

**Por favor, coloque sus iniciales abajo para autorizar la divulgación de cualquier parte de esta información**

\_\_\_\_\_ Diagnóstico y tratamiento del abuso o adicción al alcohol/drogas  
\_\_\_\_\_ Información sobre salud conductual/mental  
\_\_\_\_\_ Enfermedad transmisible, incluyendo enfermedad de transmisión sexual  
\_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH/SIDA, incluyendo pruebas y tratamiento  
\_\_\_\_\_ Pruebas genéticas  
\_\_\_\_\_ Registros Reproductivos  
\_\_\_\_\_ Regulaciones específicas del estado para autorizar (personalizar por ministerio si aplica)

Si me niego a firmar esta Autorización, Holy Cross Health no me dejará de dar el tratamiento y no entregará la información al destinatario especificado anteriormente.

Entiendo que si el destinatario de la información no es un proveedor de atención médica o un plan de atención médica cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no estará protegida por estas regulaciones.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización mediante notificación por escrito a Holy Cross Health, mencionada anteriormente. Entiendo que las acciones tomadas basándose en esta autorización no pueden revertirse, y mi revocación no afectará a esas acciones previas.

Esta autorización expira el: \_\_\_\_\_ o al ocurrir el siguiente evento: \_\_\_\_\_.  
(Fecha)

(Si no se especifica fecha o evento, esta autorización expirará un (1) año a partir de la fecha de la firma).

**FIRME AQUÍ**

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente, Padre/Tutor Legal o Representante Personal de HIPAA* *Fecha*

Nombre impreso del padre/tutor legal del paciente o representante personal de HIPAA, si corresponde \_\_\_\_\_

Describa la relación con el paciente (por ejemplo, padre/madre de un menor, tutor legal) \_\_\_\_\_

**Envíe la solicitud por correo a:**  
**Holy Cross Hospital**  
**1500 Forest Glen Road, Silver Spring, MD 20910**

**Envíe la solicitud por correo a:**  
**Holy Cross Germantown Hospital**  
**19801 Observation Drive, Germantown, MD 20876**

**SOLICITUD DE EXPEDIENTES MÉDICOS EN NOMBRE DE OTRA PERSONA:** Si está solicitando expedientes médicos de alguien que no sea usted mismo, es posible que deba proporcionar documentación adicional para demostrar que tiene derecho legal a solicitar estos expedientes. Ejemplos de estos documentos incluyen Cartas de Representación, Documentos de Tutela, Declaraciones Juradas de Heredero Legal, etc. El representante personal de HIPAA se define como una persona con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre del individuo.



HIMROI

**Autorización para usar o divulgar PHI**

NOMBRE

FDN

NHC