

Eisenhower Medical Center (EMC)

Autorización para el Uso o Divulgación de la Información Protegida de Salud (PHI)

Información de Paciente	Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Zona Postal: _____ Número de Teléfono: _____ E-mail: _____
Liberar Registros A	Doy autorización a Eisenhower Medical Center liberar la PHI a: Nombre de Destinatario (Hospital/Clínica/Organización/Persona): _____ Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Zona Postal: _____ Número de Teléfono: _____ Fax: _____
Propósito	☐ Personal ☐ Cuidado Continuo ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Discapacidad ☐ Otro: _____
Tipo de Visita	☐ Visita a ER/Urgent Care ☐ Hospitalización ☐ Consultorio/Clínica
Información a ser Liberada	☐ Notas de Visita en Consultorio ☐ Registros ER ☐ Resumen de Alta ☐ Historial y Físico ☐ Laboratorios ☐ Informe de Patología ☐ Consultas ☐ Informes Operativos ☐ Notas de Progreso ☐ Informes de Radiología ☐ Imágenes de Radiología / Diagnósticos ☐ Informes EKG/Cardiología ☐ Terapia Física / Ocupacional ☐ Otro: _____ ☐ Registro completo que incluye todas las categorías mencionadas arriba
Información Sensitiva	Se requieren sus iniciales para liberar la siguiente información sensitiva; haga el favor de colocar sus iniciales en cada línea a continuación: _____ Mamografía / Contracepción _____ Resultados de Pruebas VIH _____ Servicios de Salud Reproductiva _____ Alcohol / Drogas / Uso de Sustancias _____ Cuidados de Aborto _____ Salud Mental / de Conducta _____ Cuidados de Afirmación de Género _____ Resultados de Pruebas Genéticas
Fechas de la Información	☐ Todas las fechas de servicio ☐ Periodo de Fecha / Tiempo: _____



EISENHOWER MEDICAL CENTER

39000 Bob Hope Dr., Rancho Mirage, CA 92270

Health Information Management, Release of Information

Tel: 760-773-1211 Fax: 760-773-2020

Email: EMCmedrec@eisenhowerhealth.org

Método de Entrega	☐ Recoger (se requiere de identificación válida con foto) ☐ Correo ☐ E-Mail: _____
Aviso	Eisenhower Medical Center y muchas otras organizaciones e individuos como médicos, hospitales y planes de salud son requeridos por ley a conservar confidencial su PHI. Si usted le otorga autorización a revelar su PHI a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, esa PHI podría ya no estar protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.
Mis Derechos	- Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, la inscripción al pago o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización, excepto si la autorización es para: 1) realizar un tratamiento relacionado con la investigación, 2) obtener información en relación con la elegibilidad o inscripción en un plan de salud, o 3) determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo. - Puedo revocar o modificar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y la presente a: Health Information Management Eisenhower Medical Center 39000 Bob Hope Drive, Wright Bldg. #104 Rancho Mirage, CA 92270 La revocación surtirá efecto al recibirla EMC, excepto en la medida en que EMC ya haya confiado en ella. - Yo tengo un derecho a recibir una copia de esta autorización
Vencimiento	Esta autorización caduca doce (12) meses desde la fecha que firma este formulario, a menos que sea revocado por mí (o mi representante legal) mediante aviso por escrito presentado a Health Information Management.
Firma	_____ Firma de Paciente / Representante Legal _____ Nombre Impreso Fecha: _____ Parentesco con Paciente si lo firma su Representante Legal (se requiere documentación legal válida)
Sólo para Uso del Departamento	Liberado por: _____ Fecha: _____

	 EISENHOWER MEDICAL CENTER 39000 Bob Hope Dr., Rancho Mirage, CA 92270 Health Information Management, Release of Information Tel: 760-773-1211 Fax: 760-773-2020 Email: EMCmedrec@eisenhowerhealth.org
--	---