

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

|                                    |        |          |
|------------------------------------|--------|----------|
| Nombre del paciente                | M      | Apellido |
| Fecha de nacimiento                | Género | MRN      |
| CSN: _____ o etiqueta del paciente |        |          |

Nombre completo del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

### DESCRIPCIÓN DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS SOLICITADOS:

Marque la instalación en la que está solicitando los expedientes –

|                        |                                   |                    |
|------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Cedar Falls (Hospital) | Centerville                       | Clinton            |
| Des Moines (Hospital)  | Des Moines/Central Iowa (Clinics) | Dubuque            |
| Dyersville             | Elkader                           | Newton             |
| New Hampton            | North Iowa                        | Oelwein (Hospital) |
| Quad Cities (Genesis)  | Waterloo (Hospital)               | Waterloo Clinic    |

Clínica Médica – Ubicación/Proveedor \_\_\_\_\_

Enumere la(s) fecha(s) del tratamiento \_\_\_\_\_

Seleccione los documentos a divulgar:

|                                   |                                             |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| Reporte de sala de Emergencias    | Reporte de alta                             | Antecedentes y estado físico    |
| Consultas                         | Reporte de procedimiento/operación          | Resultados patológicos de lab.  |
| Notas de progreso                 | Resultados de exámenes (ECG, EEG)           | Resultados diagnósticos/rayos X |
| Resumen del conjunto de registros | Especificar el resultado de la prueba _____ |                                 |

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

Otros (enliste) \_\_\_\_\_

Por favor incluya: Imágenes/CD de radiología Registros de facturación detallados Historial médico completo (pueden aplicarse tarifas)

### EL PROPÓSITO O LA NECESIDAD DE LA DIVULGACIÓN ES:

Atención médica continua Seguro/Pago Motivos legales Uso propio del paciente

Otros (enliste) \_\_\_\_\_

### DIVULGUE LOS EXPEDIENTES SOLICITADOS A:

Autorizo que los expedientes médicos indicados anteriormente se proporcionen a los siguientes:

Paciente/Yo Padre/Tutor Legal Representante personal de HIPAA Otro, especifique a continuación:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

### FORMATO SOLICITADO: (Marque sólo una opción)

Entregar al Portal del Paciente/MyChart CD Impreso Inspeccionar una copia Correo electrónico: si elige correo electrónico, inserte la dirección de correo y elija seguro o no seguro a continuación. Correo electrónico \_\_\_\_\_

Correo electrónico seguro/encriptado (instrucciones de acceso proporcionadas) correo electrónico no seguro/sin cifrar \*

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

\* Escriba sus iniciales si solicita una entrega sin garantía a través de su correo electrónico personal indicado anteriormente. Iniciales \_\_\_\_\_

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

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

**Cargos por acceso:** No le cobraremos por la primera copia de su historial médico pertinente ni por los resultados de las pruebas diagnósticas ambulatorias que le enviemos a usted, al padre, madre o tutor legal del paciente, o a su representante personal de HIPAA. Si nos solicita una copia de su historial médico completo, podríamos cobrarle una tarifa razonable según lo permita la normativa de privacidad de HIPAA. Health Information Management utiliza un servicio de copiado para procesar la mayoría de las solicitudes de historiales. El servicio de copiado podría facturarle directamente, si corresponde. Puede solicitar que se le notifique cualquier cargo para su aprobación antes de que le enviemos sus **historiales**.



|                                    |        |          |
|------------------------------------|--------|----------|
| Nombre del paciente                | M      | Apellido |
| Fecha de nacimiento                | Género | MRN      |
| CSN: _____ o etiqueta del paciente |        |          |

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

**Información sobre sus derechos de acceso:** Salvo en circunstancias limitadas, le proporcionaremos acceso a sus expedientes. Responderemos a su solicitud en un plazo de 30 días (o 60 días si se necesita más tiempo para recopilar los expedientes) a partir de la recepción de este formulario completo. En ciertas situaciones, podríamos denegar su solicitud; de ser así, le informaremos por escrito de los motivos de la negación y le explicaremos su derecho a que se revise la misma.

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

Ponga sus iniciales a continuación para autorizar la divulgación de esta información:

|                                                                                    |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| _____ Diagnóstico y tratamiento de abuso de alcohol y drogas o adicción            | _____ Información sobre salud mental y conductual |
| _____ Enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades de transmisión sexual | _____ Pruebas genéticas                           |
| _____ Información relacionada con el VIH/SIDA, incluidas pruebas y tratamiento     | _____ Registros reproductivos                     |

Si me niego a firmar esta Autorización, el proveedor de atención médica no me negará el tratamiento ni divulgará 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 salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente podría ser divulgada nuevamente por el destinatario y dejar de estar protegida por estas regulaciones.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización mediante notificación por escrito al proveedor de atención médica mencionado anteriormente. Entiendo que las acciones tomadas en virtud de esta autorización no pueden revertirse y que mi revocación no afectará dichas acciones previas.

Esta autorización vence el \_\_\_\_\_ (fecha) o en el siguiente evento: \_\_\_\_\_  
(Si no se especifica ninguna fecha o evento, esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha de la firma).

### FIRME AQUÍ

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre/tutor legal o representante personal de HIPAA

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

Describa la relación con el paciente (por ejemplo, padre, tutor del menor) \_\_\_\_\_

### Formulario de solicitud por correo a:

#### INSTALACIÓN

|                                   |                                                   |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| Cedar Falls (Hospital)            | 515 College St, Cedar Falls, IA 50613             |
| Centerville                       | One St. Joseph's Drive, Centerville, IA 52544     |
| Clinton                           | 1410 North 4th Street, Clinton, IA 52732          |
| Des Moines (Hospital)             | 1111 6th Avenue, Des Moines, IA 50314             |
| Des Moines/Central Iowa (Clinics) | 405 SW 5th St. Suite F, Des Moines, IA 50309      |
| Dubuque                           | 250 Mercy Drive, Dubuque, IA 52001                |
| Dyersville                        | 1111 Third Street Southwest, Dyersville, IA 52040 |
| Elkader                           | 901 Davidson St. N.W., Elkader, IA 52043          |
| Newton                            | 204 North 4th Avenue East, Newton, IA 50208       |
| New Hampton                       | 308 N Maple Ave, New Hampton, IA 50659            |
| North Iowa                        | 1000 4th St SW, Mason City, IA 50401              |
| Oelwein (Hospital)                | 201 8th Ave SE, Oelwein, IA 50662                 |
| Quad Cities (Genesis)             | 1401 West Central Park, Davenport IA, 52804       |
| Waterloo (Hospital)               | 3421 W. Ninth St. Waterloo, IA 50702              |
| Waterloo (Clinic)                 | 2710 St. Francis Dr, Waterloo, IA 50702           |

#### DIRECCIÓN DE ENVÍO

#### NÚMERO DE FAX

#### CORREO ELECTRÓNICO

|              |                                                                                                                    |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 319-268-3963 | <a href="mailto:IAmedicalrecordshosp@mercyhealth.com">IAmedicalrecordshosp@mercyhealth.com</a>                     |
| 515-633-3851 | <a href="mailto:trinitymercyoneia@mrocorp.com">trinitymercyoneia@mrocorp.com</a>                                   |
| 563-244-5576 | N/A                                                                                                                |
| 515-633-3851 | <a href="mailto:trinitymercyoneia@mrocorp.com">trinitymercyoneia@mrocorp.com</a>                                   |
| 515-358-6996 | N/A                                                                                                                |
| 563-589-8162 | N/A                                                                                                                |
| 563-875-2957 | N/A                                                                                                                |
| 515-633-3851 | <a href="mailto:trinitymercyoneia@mrocorp.com">trinitymercyoneia@mrocorp.com</a>                                   |
| 515-633-3851 | <a href="mailto:trinitymercyoneia@mrocorp.com">trinitymercyoneia@mrocorp.com</a>                                   |
| 641-394-1999 | <a href="mailto:NHHIM@mercyhealth.com">NHHIM@mercyhealth.com</a>                                                   |
| 641-428-7800 | <a href="mailto:mchimoperations@mercyhealth.com">mchimoperations@mercyhealth.com</a>                               |
| 319-283-6061 | <a href="mailto:IAmedicalrecordshosp@mercyhealth.com">IAmedicalrecordshosp@mercyhealth.com</a>                     |
| 563-421-4289 | <a href="mailto:GHS_release@mercyone.org">GHS_release@mercyone.org</a>                                             |
| 319-272-7810 | <a href="mailto:IAmedicalrecordshosp@mercyhealth.com">IAmedicalrecordshosp@mercyhealth.com</a>                     |
| 319-272-5382 | <a href="mailto:WOHssharedmdmedicalrecordsclin@mercyhealth.com">WOHssharedmdmedicalrecordsclin@mercyhealth.com</a> |

**SOLICITUD DE HISTORIALES MÉDICOS EN NOMBRE DE OTRA PERSONA:** Si solicita historiales médicos para otra persona, es posible que se le pida documentación adicional que demuestre que tiene derecho legal a solicitarlos. Ejemplos de estos documentos incluyen cartas de representación, documentos de tutela, declaraciones juradas de herederos legales, etc. Un representante personal según la HIPAA se define como una persona con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre de la persona.

