



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

Clinica 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**.



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

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

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	DIRECCIÓN DE ENVÍO	NÚMERO DE FAX	CORREO ELECTRÓNICO
Cedar Falls (Hospital)	515 College St, Cedar Falls, IA 50613	319-268-3963	IAmedicalrecordshosp@mercyhealth.com
Cedar Falls (Clinic)	2710 St. Francis Dr., Waterloo, IA 50702	319-272-5382	IAmedicalrecordshosp@mercyhealth.com
Centerville	One St. Joseph's Drive, Centerville, IA 52544	833-521-5846	TrinityMercyOneIA@mrocorp.com
Clinton	1410 North 4th Street, Clinton, IA 52732	563-244-5576	HIMClinton@mercyhealth.com
Des Moines (Hospital)	1111 6th Avenue, Des Moines, IA 50314	833-521-5846	TrinityMercyOneIA@mrocorp.com
Des Moines/Central Iowa (Clinics)	405 SW 5th St. Suite F, Des Moines, IA 50309	515-358-6996	N/A
Dubuque	250 Mercy Drive, Dubuque, IA 52001	563-589-8162	N/A
Dyersville	1111 Third Street Southwest, Dyersville, IA 52040	563-875-2957	N/A
Elkader	901 Davidson St. N.W., Elkader, IA 52043	515-220-7062	Trinityelkaderia@mrocorp.com
Newton	204 North 4th Avenue East, Newton, IA 50208	833-521-5846	TrinityMercyOneIA@mrocorp.com
New Hampton	308 N Maple Ave, New Hampton, IA 50659	641-394-1999	NHHIM@mercyhealth.com
North Iowa	1000 4th St SW, Mason City, IA 50401	641-428-7800	mchimoperations@mercyhealth.com
Oelwein (Hospital)	201 8th Ave SE, Oelwein, IA 50662	319-283-6061	IAmedicalrecordshosp@mercyhealth.com
Oelwein (Clinic)	2710 St. Francis Dr., Waterloo, IA 50702	319-272-5382	IAmedicalrecordshosp@mercyhealth.com
Quad Cities (Genesis)	1401 West Central Park, Davenport IA, 52804	563-421-7289	GHS_release@mercyone.org
Waterloo (Hospital)	3421 W. Ninth St. Waterloo, IA 50702	319-272-7810	IAmedicalrecordshosp@mercyhealth.com
Waterloo (Clinic)	2710 St. Francis Dr., Waterloo, IA 50702	319-272-5382	WOHssharedmdmedicalrecordsclin@mercyhealth.com

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.

