

Nombre del Paciente:		No. Expediente Médico:	
Fecha de Nacimiento:		No. de Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

La siguiente organización está autorizada para hacer la divulgación:

- Olathe Medical Center
 Miami County Medical Center
 Olathe Health Physicians indique clínica _____
 Otro Doctor/ Hospital/Clínica/(Home Health and Hospice, Olathe Cancer Care, etc.): _____

La clase de información a ser divulgada es como sigue:

- Abstracto (incluye historia clínica y físico, consultas, notas operativas, historial de emergencia, análisis, reportes de radiología y cardiología)
 Historial médico completo (incluye todas las hojas del expediente, pero no se limita a notas, ordenes, y formularios de consentimiento)
 Registros clínicos (incluye pero no se limita al historial y examen físico, consultas, registros clínicos, análisis, informes de diagnóstico, etc.)
 Registro facturación
 Radiología (sólo imágenes)
 Otro especifique _____

Rango fecha servicio: _____ al _____

Esta información puede ser divulgada a y utilizada por el siguiente individuo u organización:

Nombre del receptor:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Para el propósito de
 Continuidad atención
 Legal
 Expedientes personales
 Otro, especifique _____

Método de entrega:
 Recoger en persona
 Enviar a dirección del destinatario
 Mandar por fax a: _____

Entrega al correo electrónico* (Sólo a petición del paciente): _____

** Doy testimonio que he provisto una dirección de correo electrónico válida. Entiendo que se me enviará por correo electrónico un enlace seguro para acceder a los registros a través de un proveedor externo de divulgación de información. Entiendo que tengo 30 días para tener acceso y recuperar mis registros.*

Otro método de entrega, especifique: _____ Si lo necesita para una cita médica, especifique la fecha: _____

El abajo firmante autoriza por la presente el uso y/o divulgación de la información de salud de la persona arriba mencionada según se describe en esta autorización.

- Yo entiendo que la información contenida en mi expediente de salud puede incluir información sobre enfermedades transmitidas sexualmente, sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH). También puede incluir información acerca de servicios de salud mental o problemas de conducta, así como tratamiento para el alcoholismo o la drogadicción.
- Yo entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si yo anulo esta autorización, debo de hacerlo por escrito y presentarla al Gerente de Información de Salud (Health Information Manager). Asimismo, entiendo que dicha anulación no se aplicará a información que ya ha sido divulgada en respuesta a la autorización. Entiendo que esta anulación no aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le proporcione a mi asegurador el derecho de refutar algún reclamo bajo los términos de mi póliza.
- A menos que esta autorización sea anulada, la misma expirará en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si yo no cumplo en especificar una fecha de expiración, evento o condición, esta autorización expirará en 90 días después de la fecha que fue firmada.
- Yo entiendo que la autorización de divulgación de esta información de salud es voluntaria y yo me puedo negar a firmar esta autorización. Yo no necesito firmar este formulario para asegurarme que voy a recibir tratamiento médico.
- Yo entiendo que puedo revisar u obtener copia de la información que va a ser usada o divulgada, según lo estipulado en el 45 CFR 164.524. Yo entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo el riesgo de que se vuelva a divulgar sin autorización y la información podría no estar protegida por el reglamento federal de privacidad. Si yo tuviera alguna pregunta acerca de la divulgación de información de mi salud, yo puedo contactar a la organización o persona autorizada para hacer la divulgación.
- Yo entiendo que las solicitudes pueden estar sujetas a cargos de fotocopiado.

Yo he leído la Autorización de Divulgación de Información arriba mencionada y por la presente declaro que estoy familiarizado con ello y que entiendo completamente los términos y condiciones de esta autorización.

Firma del Paciente/ Representante autorizado: _____ Fecha (Date): _____


Si está firmado por el representante autorizado, complete lo siguiente:

Representante autorizado imprima su nombre: _____

Relación al paciente: _____ Teléfono: _____

Department Use Only: Driver's License or Photo ID required when records are picked up. Witness Signature: _____
DL State: _____ ID Number: _____ Relationship to Patient: _____ Date/Time: _____

18.0014



Olathe Health System, Inc.

**AUTHORIZATION TO
RELEASE INFORMATION**
Page 1 of 2
Copy to Chart, Copy to Patient,
Copy to Recipient

5/5/23;cc
6/1/23; Spanish

O.H.S. No. SP24

PLACE
PATIENT LABEL
HERE

Instrucciones para completar la Autorización para divulgar información:

1. Complete la primera sección con su nombre actual, fecha de nacimiento, dirección actual y número de teléfono de uso durante el día.
2. Seleccione la organización autorizada a realizar la divulgación.
3. Seleccione los registros que desee.
 - a. Los registros de facturación NO se guardan en el Departamento de Administración de Información de Salud. Si solicita SOLAMENTE registros de facturación, envíe este formulario por correo a la atención de Cuentas de Pacientes a 14425 College Blvd., Suite 100, Lenexa, KS 66215 o por fax al 913-782-1669. Puede llamar a Cuentas de Pacientes al 913-355-3798.
 - b. Las imágenes de radiología NO se guardan en el Departamento de Administración de Información de Salud. Si pide solicita imágenes radiológicas SOLAMENTE, envíe este formulario por correo a la atención de Imaging Department, 20333 W. 151st St., Olathe, KS 66061 o por fax al 913-791-4498. Puede llamar al Departamento de Imágenes al 913-355-5600.
4. Especifique las fechas de servicio autorizadas para su uso/divulgación. Por favor especifique fechas concretas; el año pasado o los dos últimos años. Si no recuerda las fechas concretas, por favor especifique al menos un período de tiempo, como el último mes, los últimos seis meses, etc.
5. Complete la sección del destinatario con el nombre, dirección e información de contacto de la persona/organización a quien usted está autorizando la divulgación.
 - a. Si los expedientes van a ser recogidos por otra persona que no sea el paciente, por favor complete esta sección del destinatario para la información de la persona quien va a recoger los expedientes. Se requerirá una licencia de conducir o una identificación con foto para presentar en el momento de recoger los expedientes médicos.
6. Especifique si el propósito de esta divulgación es la continuidad de la atención, legal, expedientes personales u otros.
7. Seleccione el método por el que desea que se le entreguen sus registros y, si procede, proporcione la información correspondiente en el espacio en blanco situado junto a su selección. Si selecciona entrega electrónica al correo electrónico, está dando testimonio de que ha proporcionado una dirección de correo electrónico válido. Nuestro proveedor externo de divulgación de información le enviará por correo electrónico un enlace seguro para acceder a los expedientes. Dispondrá de 30 días para tener acceso a sus expedientes y recuperarlos. Si necesita tener acceso después de este periodo de tiempo, tendrá que volver a presentar su solicitud. El número de páginas divulgadas para recoger en persona puede ser limitado.
8. Este formulario debe ser firmado y fechado por el paciente. Si el paciente no puede firmar y la solicitud la realiza un representante personal autorizado del paciente (padre o madre de un menor, persona nombrada en un poder notarial, ejecutor testamentario, etc.), el representante autorizado deberá firmar y fechar el formulario. Indique el nombre en letra de imprenta y la relación con el paciente. La documentación legal de apoyo debe acompañar a este formulario cuando sea firmado por un representante autorizado.

Para más información **o** si desea realizar una solicitud por vía electrónica, visite nuestro sitio web en <https://www.olathehealth.org/patients-and-visitors/medical-records/>

Si tiene más preguntas, puede comunicarse con Health Information Management al (913) 791-4331.

Por favor, envíe su formulario completado a:
Olathe Health Systems
Attn: HIM
20333 W. 151st St.
Olathe, KS 66061
Correo electrónico: ROI@olathehealth.org

Fax: (913) 791-4335

18.0014

**AUTHORIZATION TO
RELEASE INFORMATION**
Page 2 of 2
Copy to Chart, Copy to Patient,
Copy to Recipient

PLACE
PATIENT LABEL
HERE