

**CONSENTIMIENTO****AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/(USAR O REVELAR)  
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**

Creado Revisado: 07/2023  
Expediente médico N.º de expediente: CONSENTIMIENTO A-01 N.º de formulario: 9179 SEH

La autorización debe firmarla el paciente si es mayor de 18 años, o un paciente menor de edad (menor de 18 años) emancipado o elegible de otra manera según KRS 214.185 (consulte el procedimiento de consentimiento); o el padre/madre o tutor legal de cualquier otro menor de edad; o el representante legalmente autorizado del paciente si este no puede hacerlo (consulte el procedimiento de consentimiento).

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Solicito información sobre mí.

Nombre del paciente (en el momento del tratamiento): \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

 Solicito información sobre otro que no soy yo. Propósito: \_\_\_\_\_

Mi nombre: \_\_\_\_\_

Mi número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Mi dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Mi relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN QUE SOLICITO:**

Solicito una copia de la información médica, que incluye todos y cada uno de los expedientes del hospital y médicos, informes e información en posesión de St. Elizabeth Healthcare, incluyendo, entre otras cosas, información relacionada con el tratamiento del abuso de drogas o alcohol, condiciones relacionadas con las drogas, condiciones psiquiátricas/psicológicas y pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA.

 Solicito información médica sobre los servicios prestados: (adjunte páginas adicionales, si es necesario)

Fecha del servicio/n.º de expediente médico: \_\_\_\_\_ Información solicitada: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio/n.º de expediente médico: \_\_\_\_\_ Información solicitada: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio/n.º de expediente médico: \_\_\_\_\_ Información solicitada: \_\_\_\_\_

 Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ a revelar a: \_\_\_\_\_

Centro/agencia

Nombre y título

Agencia/hospital/compañía

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección

Casa: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado

Trabajo: \_\_\_\_\_

**CARGOS** – No hay cargos por la primera solicitud de PHI en un periodo de 12 meses. Para solicitudes adicionales en el mismo periodo de 12 meses, el cargo es de \$1.00 por página más \$10 adicionales por gastos de procesamiento.

**TIEMPO DE RESPUESTA** – Entiendo que se me entregará mi solicitud de PHI en un plazo de 30 días (60 días para los registros que se almacenan fuera del centro), a menos que se me avise por escrito que se necesitará una extensión de hasta 30 días adicionales.

**Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services**

**Español (Spanish):** St. Elizabeth Healthcare proporciona servicios de asistencia lingüística y ayudas auxiliares adecuadas, incluidos documentos electrónicos y escritos traducidos e interpretación oral, gratuita y oportunamente, cuando dichos servicios son necesarios para proporcionar un acceso significativo a una persona con dominio limitado del inglés.

CONSENTIMIENTO
**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/(USAR O REVELAR)  
 INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**

Creado Revisado: 07/2023  
 Expediente médico N.º de expediente: CONSENTIMIENTO A-01 N.º de formulario: 9179 SEH

_____ Firma del paciente/representante autorizado	_____ Titulo	_____ Fecha/hora
<input type="checkbox"/> Identificación validada	Fecha de vencimiento de la autorización (6 meses a menos que se indique lo contrario):	_____ Fecha/hora
_____ Firma de la persona que revela la información	_____ Departamento	_____ Fecha/hora

NOTA: Esta autorización es válida durante 6 meses a partir de la fecha de la firma, a menos que arriba se indique lo contrario. Si decide revocar esta autorización antes, deberá presentar la solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos (Medical Records Department). La revocación no aplicará a su compañía de seguros cuando la ley le dé a su aseguradora el derecho de impugnar un reclamo según su póliza. Cualquier revelación de información implica la posibilidad de una nueva revelación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad. SEHC no condicionará el tratamiento ni el pago a que la persona firme esta autorización para el uso o revelación de su información médica.