



Instrucciones para la Autorización de Divulgación de Información de Salud Protegida Norton Healthcare

**Importante:** Por favor lea todas las instrucciones e información antes de completar y firmar el formulario. **No se aceptarán formularios incompletos. Por favor siga cuidadosamente las instrucciones. Asegúrese de adjuntar una copia de identificación con fotografía al formulario de autorización.** Si usted tiene alguna duda sobre la expedición de su información de salud o este formulario, por favor contacte: **Divulgación de Información: 502.629.8766**

*Las instrucciones para cada sección se encuentran a continuación. Por favor escriba o teclée de la manera más clara y completa posible.*

1. Incluya su nombre completo y número de Seguro Social
2. Incluya su nombre de soltera y si usaba un nombre diferente anteriormente, y su fecha completa de nacimiento (Mes/Fecha/Año)
3. Ponga una 'X' junto a la información que solicita (Expediente Médico o Psiquiátrico)
4. Ponga una 'X' junto a la porción que está solicitando.
5. Ponga una 'X' junto a la instalación donde el paciente fue atendido.
6. Precise la fecha de servicio o periodo de tiempo de los expedientes que está solicitando. Si usted sabe la fecha precisa, por favor proporciónela o solo el mes y año.
  - a. Ejemplo: (Mes/Año) 2/09 o (Mes/Día-Mes/Día/Año) 2-10 – 2-15-09
7. Incluya el nombre y título de la persona cuyo expediente médico debe expedirse/enviarse por correo. Esto debe llenarse aún si usted está solicitando su propio expediente. **Todos los expedientes serán enviados por correo a través del Servicio Postal de Estados Unidos, Primera Clase, Franqueo Prepagado.**
  - a. Ejemplo: John Doe- Él mismo o Jane Doe- Madre
8. Incluya la calle, ciudad, estado, código postal y número telefónico de la persona a quien se debe expedir el expediente médico.
9. Ponga una 'X' junto a la razón para expedir la información de salud.
10. Este formulario de autorización expirará a los 60 días de la fecha de su firma, a menos que usted indique una fecha anterior o posterior.
11. En Kentucky, la primera copia del expediente médico se le da al paciente de manera gratuita. Si el expediente que está solicitando no ha sido expedido y usted desea expedir su copia gratuita a la(s) persona(s) listada(s) en la sección 8, por favor marque copia gratuita, de lo contrario se cobrará \$1 por página.
12. Por favor firme y ponga la fecha en el formulario de autorización. Si usted es un representante legalmente autorizado del paciente, por favor firme, ponga la fecha e indique su parentesco con el paciente. Podrían solicitarle documentos adicionales que muestren que usted es el paciente o el representante autorizado del paciente. **Por favor revise el cuestionario del 'Representante Legalmente Autorizado' para ver si esto aplica a usted.**

**NOTA:** Si usted está solicitando expedientes de un paciente que ha fallecido, aplica lo siguiente:

- a. El albacea o administrador debe firmar el formulario de autorización y proporcionar los documentos de la corte.
- b. Si no hay herencia, deberán proporcionarse documentos de la corte designando un representante personal.

Por favor regrese esta autorización y una copia de su identificación con fotografía a:

**Norton Healthcare**  
**Health Information Management N-16**  
**PO Box 35070**  
**Louisville, KY 40232**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA  
POR MEDIO DE LA PRESENTE SOLICITO UNA COPIA DEL EXPEDIENTE MÉDICO DEL PACIENTE A  
CONTINUACIÓN:**

1. **Nombre Completo del Paciente:** \_\_\_\_\_ **# Seguro Social:** \_\_\_\_\_

2. **Nombre de Soltera /Alias:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Paciente:** \_\_\_\_\_

3. **INFORMACIÓN SOLICITADA (X):** ( ) Expediente Médico ( ) Historial Psiquiátrico ( ) Facturas Detalladas

\*\*\*\*\***Si solamente necesita una porción del expediente Médico o Psiquiátrico, por favor especifique**\*\*\*\*\*

4. ( ) Resumen de Alta ( ) Sala de Emergencia ( ) Resultados de Laboratorio  
 ( ) Historial & Exámenes ( ) Reportes de Radiografía ( ) Registros de Inmunización  
 ( ) Órdenes ( ) Reportes de Cirugía ( ) Notas de Progreso  
 ( ) Prueba VIH/Estatus ( ) Notas de Enfermeras  
 ( ) Otro (Especifique)\* \_\_\_\_\_

5. **IDENTIFIQUE LA INSTALACIÓN DONDE EL PACIENTE RECIBIÓ LA ATENCIÓN (X):**

- ( ) Norton Healthcare – especifique el Hospital: \_\_\_\_\_  
 ( ) Norton Cancer Institute, especifique la ubicación: \_\_\_\_\_  
 ( ) Norton Community Medical Associates, especifique la ubicación: \_\_\_\_\_  
 ( ) Norton Children Medical Associates, especifique la ubicación: \_\_\_\_\_  
 ( ) Norton Immediate Care Center, especifique la ubicación: \_\_\_\_\_  
 ( ) Otro, especifique la ubicación: \_\_\_\_\_

6. **Precise la fecha de servicio o periodo de tiempo solicitado, incluyendo mes y año:** \_\_\_\_\_

7. **El expediente anterior debe expedirse/enviarse por correo a la siguiente persona:**

8. **Nombre y Título:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/Estado/Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

9. **ESTE EXPEDIENTE SE SOLICITA POR LA SIGUIENTE RAZÓN (X):**

- ( ) Continuación de Cuidados Médicos ( ) Propósitos Legales ( ) Fines de Seguro  
 ( ) Interés Personal ( ) Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

10. La autorización debe estar firmada y fechada y puede ser revocada notificando al Departamento de Información de Salud del Hospital por escrito en cualquier momento, excepto por lo que se haya llevado a cabo antes de la revocación. Esta autorización vencerá 60 días después de la fecha junto a mi firma o antes si así lo elijo, en cuyo caso esta autorización vencerá en esta fecha o acontecimiento \_\_\_\_\_. Dicha fecha de expiración o acontecimiento no han ocurrido.

**LA SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE COPIA DE EXPEDIENTE SE TRAMITARÁ SEGÚN SE RECIBA.**

11. ( ) Las leyes de Kentucky ordenan a los proveedores de servicios de salud proporcionar al paciente, ( ) Las solicitudes adicionales de copias a solicitud del mismo, una copia gratuita del Expediente Médico del paciente\* se cobrarán a una tarifa de \$1.00 por página.

\* Copias gratuitas podrían excluir copias de radiografías, videos, o fotografías a color. Se determinará una tarifa aparte si se solicitan estos artículos.

Comprendo que la expedición del expediente médico conforme a esta autorización podría incluir información sobre condiciones relacionadas con las drogas, alcoholismo, condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas y/o enfermedades transmisibles por vía sanguínea, las cuales están sujetas a restricciones federales y/o estatales de divulgación. Comprendo que si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de servicios de salud o plan de salud cubierto por normas federales de privacidad, la información descrita anteriormente podría ser divulgada nuevamente y ya no estar protegida por estas normas. Por este medio confirmo que he leído y comprendido en su totalidad las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento para la divulgación del expediente médico para los propósitos y alcance antes mencionados.

**NOTA: DEBE ADJUNTARSE UNA COPIA DE IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA A ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN.** Si Norton Healthcare pregunta si puede usar/divulgar mi información, entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y que rehusarme a firmarla no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, inscribirse en cualquier plan de salud o mi elegibilidad para pago/prestaciones. Yo puedo revisar o copiar cualquier información usada/divulgada bajo esta autorización.

12. **Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Paciente, Padre o Representante Legalmente Autorizado

**Parentesco con el Paciente:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**PROHIBICIÓN DE NUEVA DIVULGACIÓN:** Se le ha dado a conocer a usted esta información contenida en registros cuya confidencialidad está protegida por leyes federales y/o estatales. Normas estatales y federales le prohíben a usted (el destinatario) volver a divulgarla posteriormente sin la autorización específica por escrito de la persona a quien incumbe, o según lo permitan dichas normas. Una autorización general para la expedición de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito.

**Cuestionario de  
Representante Legalmente Autorizado**

**Nota:** Debe completarse solamente si está solicitando expedientes de un menor u otro adulto a quien usted representa legalmente.

**Solicitud de Copia de Expediente Médico de Paciente Menor de Edad:**

La autorización para la expedición de expedientes médicos puede ser proporcionada por el padre custodio o tutor legal del paciente menor de edad. Por favor marque la casilla que designe su autoridad para firmar la expedición del (los) expediente(s) médico(s) solicitado(s):

- Yo comparto la custodia legal del menor cuyo expediente estoy solicitando. Debe proporcionar documentos de custodia.
- Yo tengo la custodia total del menor cuyo expediente estoy solicitando.
- Yo soy el Tutor Legal del menor cuyo expediente estoy solicitando. El Tutor Legal debe presentar una orden de nombramiento firmada por un juez, dándole la tutela del menor
- Casado(a), custodia no aplicable.

**Solicitud de Copias de Expedientes Médico de Paciente Adulto:**

Si usted está solicitando el expediente médico de un paciente adulto distinto del suyo, uno de los siguientes parentescos debe aplicar. Por favor marque la casilla que designa su derecho a autorizar la expedición del (los) expediente(s) médico(s) solicitado(s).

- Poder Notarial (POA, por sus siglas en inglés): Debe completar y firmar el formulario de solicitud de expediente médico y proporcionar una copia del poder notarial.
- Tutor Legal: Debe completar y firmar el formulario de solicitud de expediente médico y presentar una orden de nombramiento firmada por un juez otorgándole la tutela del paciente
- Albacea/Administrador de la herencia del paciente fallecido. Debe completar y firmar el formulario de solicitud de expediente médico y proporcionar una copia de los documentos u orden firmada por un juez nombrándolo como el albacea o administrador de la herencia.
- El Representante Personal debe completar y firmar la solicitud de expediente médico y presentar una orden de nombramiento firmada por un juez designándolo como el/la Representante Personal del paciente fallecido.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre o Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre o Representante Legal**  
(por favor letra de molde)

\_\_\_\_\_  
**Número de Teléfono**