



Patient Label or Patient Identifiers

1. Nombre del paciente

Apellido		Primer nombre		Iniciales	Apellido de soltera u otro nombre
Fecha de nacimiento	Nombre anterior	N.º de expediente médico		Últimos 4 dígitos del número de seguro social	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono		Dirección de correo electrónico @			

2. Autorizo a la siguiente entidad médica de Vanderbilt a revelar información

- Vanderbilt University Adult Hospital
 Vanderbilt Psychiatric Hospital
 Vanderbilt Bedford Hospital
 Vanderbilt Behavioral Health Clinics
 Vanderbilt Wilson County Hospital
 Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital
 Monroe Carell Jr. Children's Hospital en Vanderbilt

Nombre de la clínica/médico de Vanderbilt Health			Teléfono:		
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal

3. Enviar mi información médica protegida a:

Nombre:			Relación con el paciente:		
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono:		Opción de fax solo para el médico/tratamiento:			

4. Cómo quiero que se envíe mi información médica protegida (seleccione una opción):

<input type="checkbox"/> Correo (los expedientes se enviarán a la dirección de arriba)	<input type="checkbox"/> Formato electrónico (ver, imprimir o descargar como PDF a través del portal de solicitudes. Las indicaciones se envían a la dirección de correo electrónico de arriba).	<input type="checkbox"/> Otra opción (especifique)
--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

5. Tarifas razonables para los expedientes que se indican abajo. Se agregará el franqueo para los expedientes que se envíen por correo.

Tipo de solicitud	Cómo se almacena el expediente	Cómo se envía el expediente	Tarifas de producción	Tarifa de papel	Tarifas máximas
Formato electrónico	Formato electrónico	Formato electrónico	Tarifa plana de \$6.50	Ninguna	Ninguna
Formato electrónico	Papel	Formato electrónico	0.7¢ por página	Ninguna	\$50 máximo
Formato electrónico	Papel	Formato electrónico y papel	Tarifa plana de \$6.50	0.7¢ por página	\$50 máximo
Papel	Papel	Papel	0.7¢ por página	0.5¢ por página	\$50 máximo
Papel	Formato electrónico	Papel	Tarifa plana de 0.90¢	0.5¢ por página	\$50 máximo
Papel	Papel	Formato electrónico y papel	Tarifa plana de 0.90¢	0.7¢ por página	\$50 máximo

6. Fechas e información que se revelará: Entiendo que mi información médica protegida puede incluir información sobre el diagnóstico o tratamiento relacionado con las condiciones psiquiátricas o psicológicas, el trastorno por consumo de sustancias y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o VIH. Acepto que se revele cualquier información sobre dicho diagnóstico o tratamiento a menos que marque la casilla de abajo:

- No autorizo a que se revele esta información.

Vanderbilt Health

Autorización para el uso o la revelación de información médica protegida

Authorization (P) – Release of Medical Information

Patient Identifiers

7. Fechas e información que se revelará:

Fechas del tratamiento: DEL _____ AL _____

- Resumen Informes de laboratorio Notas del consultorio Obstetricia (parto/nacimiento) Resumen del alta
- Registros de emergencia Informes de radiología Registros de medicamentos Informes de operaciones Registros de facturación
- Registro de vacunas Informes de patología Visita de paciente ingresado Historia y examen físico
- Notas de progreso Informes cardíacos Imágenes (especificar): _____
- Otro (especificar): _____

También entiendo que si no especifico los registros que quiero, el departamento del Centro de Administración de Información Médica (Center for Health Information Management Department) enviará un Resumen de mi expediente médico legal.

8. Si no es para su uso personal, díganos el motivo de la solicitud:

- Atención médica/tratamiento Legal (especifique): _____ Otro (especifique): _____

9. Reconocimiento de entendimiento:

- Firmando este formulario de autorización, autorizo a Vanderbilt Health a revelar la información médica protegida y personal que me identifique según lo descrito arriba. Entiendo que esta autorización es voluntaria.
- Vanderbilt Health reconoce el derecho de un paciente según la ley HIPAA a acceder a copias de su información médica protegida. Entiendo que las leyes federales y estatales permiten que se cobre una tarifa. Entiendo que seré responsable del pago de las tarifas por el costo de la preparación, los suministros para producir y la distribución de la revelación.
- Entiendo que esta autorización expirará cuando se revelen los expedientes para la fecha solicitada abajo. Las solicitudes posteriores a esta fecha necesitarán una nueva autorización.
- Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento informando por escrito a la organización proveedora. La autorización entrará en vigor en la fecha informada, excepto si Vanderbilt Health ya ha revelado expedientes basados en esta autorización.
- Entiendo que una vez que mi información médica se revele según lo solicitado, es posible que ya no esté protegida por las reglamentaciones/leyes de privacidad federales o estatales. Entiendo que las personas que reciben los expedientes podrían volver a revelarlos.
- Autorizando este uso o revelación de información, no se impondrán condiciones a mi atención médica ni al pago de la misma.
- Entiendo que, si lo pido, recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.
- Entiendo que se atenderá mi solicitud en un plazo de 30 días. Si no me dan acceso o no se puede dar la información, entiendo que me informarán y tengo derecho a pedir la revisión de cualquier denegación de acceso que no se haga de acuerdo con la ley aplicable.
- Entiendo que no es seguro recibir expedientes en papel por correo y es posible que se intercepte mi correo y lo vean otras personas.
- Entiendo que los CD/DVD están protegidos por una contraseña. La contraseña se dará o se enviará por correo, por separado del CD/DVD. Entiendo que es mi responsabilidad proteger la información del dispositivo.
- Reconozco y entiendo los términos de esta **autorización para el uso y la revelación de información médica protegida**.

10. ****Si usted NO es el paciente pero firma en su nombre, complete abajo.**

Entiendo que DEBO adjuntar una prueba de autoridad para actuar en nombre del paciente. Aunque es posible que no se requiera que los padres con derechos parentales adjunten prueba de autoridad, Vanderbilt Health puede requerir prueba de derechos parentales en algunas situaciones de custodia.

- Relación con el paciente (marque una opción): Padre/madre con derechos parentales*
- Agente de atención médica legalmente* designado* Tutor o curador designado por el tribunal* Sustituto en la toma de* decisiones*
- Representante personal del fallecido designado por el tribunal Poder notarial para decisiones de atención médica/Poder notarial* médico*
- Poder notarial con derecho a ver los expedientes* médicos* Otra opción*: _____

***El acceso a ciertos expedientes de salud conductual y de trastornos por consumo de sustancias puede requerir una autorización adicional de acuerdo con las leyes estatales y federales.**

Nombre del paciente/representante legal en letra de molde: _____

Firma del paciente/representante legal: _____

Parentesco: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____