



Office Use Only MR# _____
 Mailed Fax In person Workers Comp
 ID checked checked/Initials _____

**AUTHORIZATION TO ACCESS, USE, AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)
 AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER, USAR Y ENTREGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI por sus siglas en inglés)**

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número(s) de teléfono: Celular # _____ Casa # _____ Trabajo # _____

Otros nombres bajo los cuales el paciente ha recibido tratamiento: _____

<p>Entregar información de: A continuación se indica la persona/entidad autorizada para entregar mi PHI: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono/fax: _____ Si St. Luke's: <input type="checkbox"/> Nombre del hospital: _____ <input type="checkbox"/> Nombre de la clínica: _____</p>	<p>Entregar información a: A continuación se indica la persona/entidad autorizada para acceder, usar y recibir mi PHI: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono/fax: _____ Si St. Luke's: <input type="checkbox"/> Nombre del hospital: _____ <input type="checkbox"/> Nombre de la clínica: _____</p>
--	--

Propósito del uso y entrega:

Seguro Legal Personal Tratamiento/Continuación de cuidados Compensación del trabajador Escuela
 Servicios ocupacionales Bienestar del empleado Otros _____

Esta petición es válida para los servicios ofrecidos en las fechas a continuación: Seleccione una de las siguientes opciones:

Fecha(s) aproximada(s) de servicio _____.
 Todas las visitas entre las fechas _____ y _____.
 Todas las visitas entre la fecha _____ y la fecha de vencimiento de este documento.

Información que se puede usar o entregar:

<input type="checkbox"/> Información de cuentas	<input type="checkbox"/> Imágenes médicas (film)	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos
<input type="checkbox"/> Informe de alta	<input type="checkbox"/> Informe de las imágenes medicas	<input type="checkbox"/> Lista de problemas
<input type="checkbox"/> Informe de la Sala de Emergencias	<input type="checkbox"/> Vacunas y determinaciones de anticuerpos	<input type="checkbox"/> Notas de terapia
<input type="checkbox"/> Historial médico/Examen físico	<input type="checkbox"/> Laboratorio/Patología	<input type="checkbox"/> Resultados de análisis de detección de alcohol/drogas
<input type="checkbox"/> Notas de evolución clínica	<input type="checkbox"/> Informe del procedimiento/intervención quirúrgica	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Aprobación médica	<input type="checkbox"/> Examen físico de previo al empleo/DOT	<input type="checkbox"/> Informes de consulta
<input type="checkbox"/> Evaluación/estudios de salud mental	<input type="checkbox"/> Evaluación biométrica	<input type="checkbox"/> Imágenes del seno (mamografía, ultrasonido, imágenes de resonancia magnética) con informe (CD o film)
<input type="checkbox"/> Evaluación de la salud		
<input type="checkbox"/> Otro: (Especifique) _____		

Elija uno de los formatos para recibir la información: Papel Fax Copia electrónica Otro _____

Entiendo que la información en mi expediente médico podría incluir información relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También es posible que incluya información sobre servicios de salud mental o del comportamiento y pruebas genéticas. **Por favor, tenga en cuenta que las notas de psicoterapia necesitan una autorización por separado.**

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en cualquier medida que ya haya sido tomada en relación a la misma. **Para revocar esta autorización, debo enviar una revocación por escrito dirigida a Health Information Management (Medical Records)/Gestión de Información Médica (Expedientes médicos) de cualquier centro de St. Luke's.**

Entiendo que mi atención médica no puede ser condicionada en base a esta autorización a menos que el propósito sea exclusivamente obtener y entregar información a terceras personas, tales como un empleador.

Entiendo que la información entregada por St. Luke's conforme a esta autorización puede volver a ser revelada por la entidad que la recibe y en tal caso podría ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad.

Firma/Signature _____
Fecha/Date **Hora/Time**

Parentesco con el paciente (si corresponde) Relationship to the Patient (if applicable)

ESTA AUTORIZACIÓN VENCERÁ UN (1) AÑO DESPUÉS DE LA FECHA EN LA QUE SE FIRMA.