



Osceola
REGIONAL HEALTH CENTER
AN AVERA PARTNER

600 Ninth Ave. N.
P.O. Box 258
Sibley, IA 51249-0258
712-754-2574



ROI

Autorización - Divulgación de información de la historia clínica

Identificación del Paciente	Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____ teléfono: _____
Institución (¿Quién divulga la información?)	La siguiente persona u institución está autorizada para divulgar información: Nombre de la Institución: _____ Dirección: _____ Ciudad/ Estado/ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
La Información se le Divulga a: (¿Adonde se va a enviar la información?)	Nombre/Institución: _____ Dirección: _____ Ciudad/ Estado/ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
La Información que se va a Divulgar	☐ Copia de hoja clínica estándar (incluye datos demográficos del paciente, informes elaborados por el médico, los resultados de todas las pruebas) ☐ Rayos X e informes de imagenología ☐ Expediente completo (se pueden aplicar recargos) ☐ Otros _____
Fechas del Servicio	Fechas del servicio, desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____
Forma y Formato	☐ Papel (retiro o correo) ☐ Fax ☐ Pen drive ☐ CD-ROM (disco compacto) ☐ Correo electrónico (escribalo a continuación) Correo electrónico: _____ Todos los expedientes clínicos que se soliciten en formato electrónico estarán encriptados, a menos que el paciente solicite lo contrario. Enviar expedientes clínicos no encriptados supone riesgos, entre los que se incluye que la información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) del individuo se pueda leer o que un tercero pueda acceder a esta. El tamaño del archivo puede limitar el envío de este por correo electrónico. Si desea que se le envíen sus expedientes no encriptados, escriba sus iniciales aquí: _____
Documentación Sobre Abuso de Sustancias	☐ Marque esta casilla SÓLO si usted permite la divulgación de su expediente de abuso de sustancias. El solicitante, comprende lo siguiente: LAS NORMAS 42 CFR, PARTE 2 PROHÍBEN EL USO Y LA DIVULGACIÓN NO AUTORIZADA DE ESTE EXPEDIENTE.
El Propósito de la Divulgación	☐ Continuación de la Atención de Salud ☐ Finalización/Pago ☐ Personal ☐ Otro _____
Fecha de Vencimiento	A menos que se revoque, esta autorización va a vencer en la siguiente fecha, evento o condición: _____ Si yo fallo en especificar una fecha de vencimiento, evento, o condición, esta autorización va a permanecer vigente por un año a partir de esta fecha, para expedientes generados como resultado de estos servicios ocurriendo en o antes de esta fecha.
Revocación	Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, presentando una revocación por escrito al Departamento de Expedientes Médicos. Comprendo que la revocación no se aplicará a: • La información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización • Mi compañía de seguros, cuando la ley le confiere el derecho de impugnar una reclamación en virtud de mi póliza.
Autorización	Comprendo que la información de mi historial médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), los servicios de salud mental o trastornos del comportamiento o los tratamientos para el abuso de drogas y alcohol. Comprendo que la autorización para la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario con el fin de garantizar el tratamiento. Comprendo que puedo revisar u obtener copias de la información que se usará o divulgará, de acuerdo con 45 CFR 164.524. Comprendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una posterior divulgación no autorizada y que los reglamentos federales sobre la confidencialidad no puedan proteger dicha información. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme Osceola Regional Health Center Privacy Officer at 712-754-2574. Firma del Paciente o su Representante legal _____ Fecha _____ Si firma un Representante Legal, Indique la Relación al Paciente _____ Firma del Testigo _____ Fecha: _____ Información enviada: _____



Osceola
REGIONAL HEALTH CENTER
AN AVERA PARTNER

600 Ninth Ave. N.
P.O. Box 258
Sibley, IA 51249-0258
712-754-2574



ROI

FOR
REFERENCE

Authorization - Release Of Medical Records Information

Patient Identification	Patient name: _____ Date of birth: _____ Address: _____ City/state/zip: _____ Social Security Number (last 4 digits): _____ Phone: _____	
Provider (Who is releasing information?)	The following individual or organization is authorized to make the disclosure: Provider name: _____ Address: _____ City/state/zip: _____ Phone: _____ Fax: _____	
Disclose Information to (Where is information to be sent?)	Name/site: _____ Address: _____ City/state/zip: _____ Phone: _____ Fax: _____	
Information to be Disclosed	☐ Standard chart copy (Includes Demographic Face Sheet, Physician Dictated Reports, All Test Results) ☐ X-ray and imaging reports ☐ Entire record (charges may apply) ☐ Other _____	
Service Dates	Dates of service from (date) _____ to (date) _____	
Form and Format	☐ Paper (pickup or mail) ☐ Fax ☐ Flash Drive ☐ CD-ROM (compact disc) ☐ E-mail (please provide address below) E-mail address: _____ All medical records requested in electronic format will be encrypted unless specifically requested otherwise by the patient. Sending medical records unencrypted has risks including the individual's PHI could be read or otherwise accessed by a third party. File size may limit ability to send by e-mail. If you want your records sent unencrypted please initial here: _____	
Substance Abuse Documentation	☐ Check this box ONLY if you permit substance abuse records to be released. Requestor, take note: 42 CFR PART 2 PROHIBITS UNAUTHORIZED USE OR DISCLOSURE OF THESE RECORDS	
Purpose of Disclosure	☐ Continued healthcare ☐ Completion/payment ☐ Personal ☐ Other _____	
Expiration Date	Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: _____ If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization shall be in effect for one year from this date, for records generated as a result of services occurring on or prior to this date.	
Revocation	I understand I have a right to revoke this authorization at any time by presenting a written revocation to the Medical Record Department. I understand the revocation will not apply to: • Information already released in response to this authorization • My insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.	
Authorization	I understand the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV), behavioral or mental health services, or treatment for alcohol and drug abuse. I understand authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment. I understand I may inspect or obtain copies of the information to be used or disclosed, as provided in 45 CFR 164.524. I understand any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information I can contact the Osceola Regional Health Center Privacy Officer at 712-754-2574. Signature of Patient or Legal Representative _____ Date _____ If Signed by Legal Representative, Relationship to Patient _____ Signature of Witness _____ Date: _____ Information sent: _____	