

► **Importante:** descargue y guarde una copia de este formulario antes de completarlo. ◀

Cómo completar el formulario de autorización de registro médico

◆ ¿Es usted el/la paciente?

- Responda "Sí" si es el paciente o "No" si es el representante legal o personal del paciente.
 - **NOTA:** Si responde "No", es posible que se le solicite que proporcione documentación que le otorgue la autoridad para solicitar registros médicos en nombre del paciente.

◆ Información del paciente

- Ingrese el nombre completo del paciente, la inicial del segundo nombre (si corresponde), la dirección, la fecha de nacimiento, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico del paciente (requerido para fines de contacto)

◆ ¿De quién quiere que registremos sus registros?

- Ingrese el nombre del centro de Sutter Health o el nombre completo, la dirección, el número de teléfono y el número de fax del médico de Sutter.

◆ ¿A dónde quiere que se envíen los registros?

- Marque la casilla si desea que los registros se envíen solo al paciente. Puede pasar a la siguiente sección.
- Si los registros se enviarán a otra persona que no sea el paciente, ingrese el nombre completo, dirección, ciudad, estado, código postal, número de teléfono del destinatario, fax o correo electrónico del destinatario.

◆ ¿Cuál es el motivo para solicitar registros médicos?

- Elija la razón adecuada para solicitar registros médicos. Marque solo uno.

◆ ¿Qué fechas de tratamiento de servicio estás buscando?

- Enumere el rango de fechas aproximado para las fechas de servicio del tratamiento que necesita lo mejor que pueda.

◆ ¿Qué tipo de registros le gustaría? (Marque todo lo que corresponda).

- **Notas de visitas a la clínica / consultorio médico - Todos los proveedores:** seleccione solo si desea notas de cualquier médico que haya visto.
- **Siguiendo solo proveedores específicos:** seleccione solo si desea notas de la visita de un médico específico. Indíquenos el nombre de su proveedor para agilizar su solicitud.
- **Registros hospitalarios:** seleccione solo si desea registros de hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencias en uno de nuestros hospitales.
- **Vacunas:** seleccione solo si desea registros de vacunación (por ejemplo, vacunas contra la gripe, DTAP, etc.)
- **Resultados de las pruebas de laboratorio:** seleccione solo si desea los resultados de las pruebas de laboratorio más recientes (por ejemplo, análisis de orina, hemograma completo, etc.)
- **Informes de radiología (tomografía computarizada, resonancia magnética, rayos X):** seleccione solo si desea una copia de los resultados de su examen de radiología (formulario impreso). NOTA: Para solicitar imágenes de radiología, visite <https://www.sutterhealth.org/for-patients/request-medical-record> y haga clic en el enlace correspondiente.
- **Informes operativos / Notas de procedimiento:** seleccione solo si desea una copia del informe operativo o la nota del procedimiento para su cirugía o procedimiento más reciente.
- **Registros de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla:** seleccione solo si desea una copia de sus registros más recientes de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla.

Cómo completar el formulario de autorización

Septiembre de 2020

- **Registros médicos domiciliarios (Sutter Care at Home):** seleccione solo si desea registros relacionados con las visitas a los cuidadores domiciliarios a través de *Sutter Care at Home*.
- **Otro:** seleccione solo si está buscando registros que no figuran en la lista anterior. Puede proporcionar detalles específicos en la siguiente sección.
- ◆ **Describa los registros específicos que solicita para ayudarnos a responder de manera más completa a su solicitud.** (Ejemplo: relacionado con una afección o intento, pruebas de laboratorio específicas, todos los registros disponibles, etc.).
 - Esta sección es opcional. Ingrese los detalles adicionales que desee en relación con los tipos de registros que necesita.
- ◆ **¿Tenemos permiso para divulgar la siguiente información protegida que puede estar contenida en sus registros médicos?**
 - Por favor marque todos los que apliquen. Déjelo en blanco si ninguno de ellos se aplica a usted.
- ◆ **¿Existe una fecha límite para su solicitud?**
 - Responda "Sí" si tiene una fecha límite junto con la fecha en que necesita los registros o responda "No" si no tiene una fecha límite específica.
 - **NOTA:** La ley de California permite a los proveedores de atención médica hasta 15 días para cumplir con su solicitud.
- ◆ **¿Cómo le gustaría que le enviemos los registros? * Debe seleccionar una (1) opción solamente.**
 - Díganos cómo le gustaría recibir los registros. **Marque solo una opción de la lista.**
- ◆ **Fecha de vencimiento (opcional).** La autorización tendrá vigencia durante un año a partir de la fecha en que la firme, a menos que especifique lo contrario. Tiene derecho a darnos una fecha de vencimiento alternativa. Sin embargo, si lo hace, debe tener una fecha de al menos 15 días en el futuro a partir de la fecha de hoy para tener suficiente tiempo para procesar su solicitud según lo permitido por la ley de California.
- ◆ **Sus derechos según la ley.** Esta sección es solo para su información. Explica sus derechos según las leyes de privacidad estatales y federales.
- ◆ **Firma y fecha.** Se requiere su firma y fecha para que la autorización sea válida. Si está completando la autorización en nombre del paciente, escriba en letra de imprenta su nombre y relación con el paciente.

Requerimientos adicionales:

- ◆ **Identificación con fotografía:** para su protección, incluya una copia legible de una identificación con fotografía u otra identificación emitida por el gobierno junto con el formulario de autorización para fines de verificación de identidad. Si va a recoger sus registros en persona, se le pedirá que proporcione su identificación con foto en ese momento.
- ◆ **Si es alguien que no sea el paciente:** Además de la identificación con foto, incluya una copia de la documentación que le otorgue la autoridad para solicitar registros médicos del paciente. Las formas de documentación aceptables incluyen: **certificado de defunción**, **papeleo del albacea** (solo para pacientes fallecidos), **poder** (debe incluir una disposición que permita la toma de decisiones médicas y / o la divulgación de registros médicos), **poder para atención médica** (debe incluir una disposición que permite la divulgación de registros médicos), o alguna otra forma de documentación (sujeto a revisión final).

Cómo completar el formulario de autorización

Septiembre de 2020

Gracias por seleccionar a Sutter Health como su proveedor preferido.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
(AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION – Spanish)

Página 1 de 2

PATIENT LABEL

¿Es usted el paciente?
 Sí No. Soy el representante legal/personal del paciente*

*Nota: Si usted no es el paciente, es posible que se le pida que proporcione documentación de respaldo a fin de verificar que usted está autorizado para realizar esta solicitud en nombre del paciente.

Información del paciente

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:			
Teléfono del paciente:		Correo electrónico:	

¿Quién posee los expedientes que desea solicitar?

Nombre del proveedor de atención médica o centro hospitalario:	
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:	
Teléfono:	Fax:

¿A qué lugar desea que se envíen los expedientes? Nota: Podemos divulgar la información solo a quién usted autorice.
 Marque este casillero si los expedientes son para al paciente únicamente. Ninguna medida adicional es necesaria en esta sección.

Nombre del receptor:	
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal del receptor:	
Teléfono del receptor:	Fax o correo electrónico del receptor:

¿Cuál es el motivo por el cual solicita los expedientes?
 Me mudaré o cambiaré de médicos Solicitaré una segunda opinión Veré a un especialista
 Me enlisté en el servicio militar Personal Use Otro motivo: _____

¿Qué fechas de tratamiento son las que necesita?

Especifique aproximadamente* un rango de fechas – Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

*El rango de fechas no necesita ser exacto. Ingrese el rango de fechas de la mejor manera posible.

¿Qué tipo de expedientes desea? Nota: Es posible que algunos expedientes solo estén disponibles en papel o formato PDF.
 Notas de la clínica/consultorio médico - TODOS los proveedores El (los) siguiente(s) proveedor(es) SOLAMENTE:

 Registros del hospital Vacunas Resultados del laboratorio Informes radiológicos (Tomografía computarizada, resonancia magnética, radiografías, etc.)
 Informes quirúrgicos/Notas de la operación Expedientes de terapia del lenguaje/física/ocupacional
 Expedientes de atención médica domiciliaria (Sutter Care at Home) Otro (especifique)

Describa los expedientes específicos que usted está solicitando para poder responder a su pedido de una forma más completa. (Por ejemplo: en relación con una afección o procedimiento quirúrgico, pruebas de laboratorio específicas, todos los expedientes disponibles, etc.)

¿Tenemos permiso para divulgar la siguiente información que se encuentra protegida * y que podría estar incluida en su expediente? Marque abajo todos los que correspondan. *Se podría necesitar una autorización adicional.
 Resultados de pruebas de VIH Expedientes de uso de sustancias/consumo de drogas
 Expedientes de salud mental Resultados de pruebas genéticas


1000 HIM ROI AUTHORIZATION

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**(AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION – Spanish)**

Página 2 de 2

PATIENT LABEL

¿Hay un plazo para esta solicitud?

Por ley, tenemos hasta 15 días para cumplir con su solicitud. Sin embargo, si usted tiene algo urgente para su próxima consulta, avisenos. Haremos todo lo posible para respetar su plazo.

Sí. Tengo un plazo. Fecha en la que se necesitan _____ No, solo lo antes posible.

¿Cómo le gustaría que le enviemos los expedientes? *Debe seleccionar una (1) opción SOLAMENTE

Portal del paciente (My Health Online) Correo electrónico (encriptado) Correo electrónico (no encriptado)*

Fax (límite de 50 páginas) CD (encriptado) por correo postal CD (encriptado) recogido en persona

Podría aplicarse una tarifa por hoja: En papel por correo postal Papel recogido en persona

Por una tarifa adicional: Unidad USB (encriptado) por correo postal Unidad USB (encriptado) recogido en persona

**Enviar la información por correo electrónico no encriptado aumenta el riesgo de que un tercero no autorizado pueda leerla.*

Fecha de vencimiento

La presente autorización debe entrar en vigencia de inmediato y debe estar vigente por un (1) año a partir de la fecha con la firma indicada más adelante, a menos que se especifique aquí*:

**Fecha de vencimiento opcional (deben transcurrir, por lo menos, 15 días a partir de la fecha de hoy para ser válido)*

Sus derechos conforme a la ley

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará la posibilidad de recibir tratamiento o pago.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe estar por escrito, debe tener mi firma o estar firmada en mi nombre y se debe enviar por correo postal a esta dirección:
o Sutter Shared Services, Attn: Release of Information, P.O. Box 619091, Roseville, CA 95661
- Mi revocación entrará en vigencia al momento de su recepción; no obstante, no tendrá efecto alguno para los usos y las divulgaciones realizadas mientras mi autorización haya tenido validez.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo inspeccionar y obtener una copia de mi información médica respecto de la cual estoy autorizando el uso o la divulgación durante todo el tiempo que el (los) afiliado(s) antes mencionado(s) mantenga(n) la información.
- El (los) lugar(es) antes mencionado(s) no recibirá(n) compensación por el uso o la divulgación de mi información médica.
- Comprendo que las leyes de California prohíben que los receptores de mi información médica realicen cualquier divulgación posterior de mi información médica a menos que el receptor obtenga otra autorización de parte mía o a menos que la divulgación sea requerida o permitida por ley. Esta protección no se extiende a quienes la reciban fuera del estado de California.

FIRMA Y FECHA (según lo requiera la ley)

FIRMA: _____ Fecha: _____ Hora: _____
(Paciente o representante legal/personal*)

*Si la firma es de cualquier otra persona que no sea el paciente, escriba el nombre en letra imprenta e indique la relación legal con el paciente:

Nombre: _____ Relación legal: _____

NOTA: Para solicitar **registros de facturación o imágenes radiológicas**, visite <https://www.sutterhealth.org/for-patients/request-medical-record> y haga clic en el enlace respectivo.