



AUTHORIZATION TO DISCLOSE OR RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

PAGE 1 OF 1

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

ESCRIBA LAS INICIALES DEL PACIENTE AQUÍ

Información del paciente (en IMPRENTA):

Nombre: _____ Apellido: _____
Segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de teléfono celular: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Por la presente, autorizo a LCMC Health o a cualquier filial de LCMC Health. (Consulte la lista separada de referencia del hospitales/clínicas si es necesario)

Hospital (especifique): _____ Número de teléfono: (844) 324-6205 opción 1
Número de fax: (504) 962-7016
 Clínica/Proveedor (especifique): _____ Correo electrónico: ROI@LCMCHealth.org

Método de entrega preferido (solo para solicitudes personales del paciente): Correo electrónico (seguro) Correo
 Portal de MyChart En el sitio

(Marque UNA opción): Recibir información de: Divulgar información a: Divulgar a sí mismo (ver información arriba)

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Información médica que se utilizará o divulgará en virtud de esta autorización:

Fechas de servicio: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____
 Resumen Registro de salud completo Factura detallada
 Notas de progreso/clínicas Resumen de alta Registros de vacunación
 Resumen posterior a la visita Registro de la sala de emergencias Informe operativo
 Informes de radiología Antecedentes y examen físico Informes de laboratorio/patología
 Informe de autopsia Placas/Imágenes de radiología Informes de cardiología
 Otro: _____

La siguiente información **NO** será divulgada a menos que usted coloque sus iniciales a continuación para dar su autorización específica:

| | |
|--|-------------------------------------|
| Resultados de las pruebas de SIDA o VIH: | Información sobre salud conductual: |
| Tratamiento para el abuso de alcohol/sustancias: | Pruebas genéticas: |

Propósito del uso o la divulgación (Marque UNA opción): ("A pedido mío" es un propósito suficiente para que un paciente inicie esta solicitud)

Continuación de cuidado Legal Seguro A pedido mío Otro:

Reconocimiento de comprensión:

- Entiendo que puedo retirar mi autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan tomado acciones en virtud de esta declaración. El retiro debe realizarse por escrito y puede enviarse por correo electrónico a ROI@LCMCHealth.org o por correo a HIM Department - UMCNO 2000 Canal Street, New Orleans, LA 70112.
- Comprendo que esta declaración de autorización vencerá en **un año a partir de la fecha** en que se firma, a menos que identifique una fecha diferente: ; lo que ocurra primero.
- Comprendo que la firma de este formulario es voluntaria. LCMC Health no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en planes de salud o la elegibilidad para obtener beneficios a que yo firme o me niegue a firmar esta autorización, excepto en circunstancias limitadas.
- Comprendo que una vez que LCMC Health divulgue mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) al destinatario, LCMC Health no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar mi PHI a un tercero. Es posible que no se le exija al tercero que cumpla con esta autorización o con las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi PHI.
- Comprendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en la sección 164.524 del título 42 del CFR.
- Comprendo que hay un cargo por las fotocopias y los registros que se proporcionen en medios electrónicos, según lo permite la ley de Luisiana, a menos que las copias se envíen directamente a otro proveedor de atención médica.
- Comprendo que el registro podría no estar completo, si se trata de una visita reciente, y es posible que se agregue documentación adicional después del envío.

Firma del paciente o del representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal: _____ Relación con el paciente: _____

Autoridad del representante para actuar en nombre del paciente: **(Adjuntar documentación de respaldo)**





**IMPORTANT INFORMATION ABOUT COMPLETING THE
AUTHORIZATION TO DISCLOSE OR RELEASE PROTECTED
HEALTH INFORMATION**

Aviso a los pacientes:

Lea atentamente este aviso y siga las instrucciones para completar la autorización para divulgar la historia clínica.

Información de contacto del Departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management, HIM):

| | | |
|---|----------------------------------|-------------------------|
| University Medical Center New Orleans ATTN: HIM Department 2000 Canal Street New Orleans, LA 70112 | Número de teléfono: | (844) 324-6205 opción 1 |
| | Número de fax: | (504) 962-7016 |
| | Dirección de correo electrónico: | ROI@LCMCHealth.org |

Instrucciones para completar la autorización:

1. Complete todas las secciones del formulario de "AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA". No se aceptarán formularios incompletos (según lo exigen las Pautas federales para HIPAA).
2. El formulario debe ser completado por el paciente o un representante autorizado del paciente, con la identificación adecuada.
3. Si el paciente ha fallecido, no ha fallecido en este centro y usted es el pariente más cercano, incluya una copia del certificado de defunción.
4. Envíe (por correo, fax o correo electrónico) su formulario de Autorización para divulgar información médica protegida completado a la ubicación correspondiente mencionada anteriormente.
5. Si tiene alguna pregunta sobre la divulgación de su información médica, comuníquese con el DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA en la ubicación mencionada anteriormente.

Información importante sobre la autorización:

La autorización terminará en la fecha que se indica en la autorización o cuando sea revocada por escrito por el paciente

Debido al volumen de solicitudes, LCMC Health contrata a un proveedor externo para que la asista con las solicitudes de historias clínicas (MRO Corporation).

Tarifas para pacientes:

Todos los formatos, lo que incluye el papel, la entrega electrónica y el CD

- Tarifa plana de \$6.50 más impuestos y gastos de envío (si corresponde)



LCMC HEALTH HOSPITAL AND CLINIC REFERENCE LIST

Children's Hospital New Orleans

200 Henry Clay Avenue

Nueva Orleans, LA 70118

Servicios pediátricos de Children's Hospital

(Varias ubicaciones/proveedores)

Servicios de atención especializada de Children's Hospital

(Varias ubicaciones/proveedores)

East Jefferson General Hospital (EJGH)

4200 Houma Boulevard

Metairie, LA 70006

Clínicas de EJGH

(Varias ubicaciones/proveedores)

New Orleans East Hospital (NOEH)

5620 Read Boulevard

Nueva Orleans, LA 70127

Clínicas de NOEH/Grupo de médicos de NOLA

(Varias ubicaciones/proveedores)

Lakeside Hospital

4700 S I-10 Service Road West

Metairie, LA 70001

Lakeview Hospital

95 Judge Tanner Boulevard

Covington, LA 70433

Lakeview Regional Physician Group

(Clínicas de LRPG)

(Varias ubicaciones/proveedores)

Touro Infirmary New Orleans – Hospital

1401 Foucher Street

Nueva Orleans, LA 70115

Clínicas de Touro/Crescent City Physicians Inc. (CCPI)

(Varias ubicaciones/proveedores)

Tulane Medical Center (Hospital)

1415 Tulane Avenue

Nueva Orleans, LA 70112

Clínicas de Tulane

(Varias ubicaciones/proveedores)

University Medical Center New Orleans (Hospital)

(UMCNO)

2000 Canal Street

Nueva Orleans, LA 70112

Clínicas de UMCNO

(Varias ubicaciones/proveedores)

West Jefferson Medical Center (WJMC) - Hospital

1101 Medical Center Boulevard

Marrero, LA 70072

Clínicas de WJMC/New Orleans Physicians Services (NOPS)

(Varias ubicaciones/proveedores)