Autorización para divulgar información médica protegida
Quien suscribe autoriza a
**Heart of Kansas Family Health Care, Inc.**
**1905 19th St. Great Bend, KS 67530**
**522 Broadway St. Larned, KS 67550**
**412 Grand Ave. Stafford, KS 67578**
**(P) (620) 792-5700 (F) (855) 463-0851**
a divulgar mi información médica como se indica a continuación:

## Información del paciente

**Nombre del paciente:** _____ **¿Otros nombres?** _____

Dirección del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

## Enviar información a

**Dirección de e-mail para el envío de historias:** *¡Asegúrese de que la dirección de correo electrónico sea legible!*

Si prefiere el envío por correo electrónico, deberá facilitar una dirección de correo electrónico válida, ya sea propia o del destinatario que haya designado. Sus datos se enviarán en formato Adobe PDF. Si no accede a ellos en un plazo de 30 días, se borrarán. Recibirá un correo electrónico con instrucciones para acceder a las historias. Es posible que tenga que abonar una tarifa por la recopilación de sus expedientes. En tal caso, se le enviará una factura por correo electrónico o postal.

**Nombre/centro:** _____ **Dirigido a:** _____

Dirección: _____ **Teléfono**: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ # de fax: _____

**Objeto de la solicitud:**____ Personal ____ Tratamiento ____Legal _____ Seguro _____ Transferencía ____Otro: ____

## Información para divulgar

***Si no lo especifica, se le enviará un resumen de 1 año.***

____Por favor, enviar un **resumen de 1 año** de mi historia (incluyendo las notas, análisis, procedimientos y pruebas más recientes).

____Por favor, envíar un **resumen de 2 años** de mi historia (notas, análisis, procedimientos y pruebas, hasta 2 años)

____**Rango de fechas**: _____

□ Notas de progreso □ Informes radiológicos □ Análisis
□ Informes operativos □ Inyecciones □ Fisioterapia
□ Otro: _____

(**Elija UNA opción de entrega**)

| | | |
|---|---|---|
| **[ ] Enviar por email**<br>**[ ] Registros en CD** | **[ ] Fax al doctor** | **[ ] En físico (papel)** |

De acuerdo con la ley HIPAA 45 CFR, 164.524, nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa razonable basada en el costo para producir y enviar las copias. Si desea el expediente médico completo, la tarifa aumentará de manera proporcional al costo. En ningún momento las tarifas basadas en el costo excederán el Estatuto de Kansas: ((*K.S.A. 65-4971(b)*)

## Autorización para divulgar información médica protegida

**Reconozco y acepto que los datos divulgados pueden contener información sobre alcohol, abuso de drogas, psiquiatría, pruebas de VIH, resultados de VIH o SIDA. *** _____(Escriba *sus iniciales)*

Entiendo que: Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción o derecho a prestaciones no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada antes de recibida la revocación. **A menos que se revoque de otro modo, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición:** ____ *Si no especifico la caducidad, esta autorización expirará en 90 días.* Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información compartida ya no esté protegida por las Normas Federales de Privacidad y pueda ser divulgada. Entiendo que puedo ver y acceder a una copia de la información descrita en este formulario por una tarifa de copia razonable si la solicito. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo y fecharlo.

STOP **Por favor, confirme que ha llenado este formulario en su totalidad. Si el formulario está incompleto, o si no se divulga información protegida, es posible que no podamos atender esta solicitud.**

**Firma*:**_____**Fecha:** _____

** En el caso de menores de 18 años no emancipados, uno de los padres o el tutor deberá firmar el formulario de autorización. Si el paciente no puede firmar, deberá adjuntarse a este formulario una copia de la documentación legal del representante del paciente.*