



# TAHOE FOREST HOSPITAL DISTRICT



Tahoe Forest Hospital  
10121 Pine Avenue  
Truckee, CA 96161

HIM Fax: 530-582-1864  
HIM Correo Electrónico: HIMROI@tfhd.com

Incline Village Community Hospital  
880 Alder Avenue  
Incline Village, NV 89451-8215

## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Una vez que complete este documento autoriza que se revele o use información médica sobre usted. Si no da toda la información que se pide, es posible que se invalide esta autorización.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### La Información la Revelará:

TFH  IVCH Nombre de los Médicos: \_\_\_\_\_

### Con qué Propósito se Pide el Uso o Revelación de la Información:

Continuar la Atención Médica – Fecha de Cita con el Médico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Paciente  Seguros  Otros: \_\_\_\_\_

### Persona/Organización Autorizada Para Recibir la Información:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

### Información Médica Pedida (Seleccione todos los que se aplican)

- |                                                             |                                                            |                                                       |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Informes de Consulta               | <input type="checkbox"/> Historia y Examen Físico          | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso            |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta                    | <input type="checkbox"/> Pruebas de Laboratorio            | <input type="checkbox"/> Reportes de Imágenes         |
| <input type="checkbox"/> Reportes de la Sala de Emergencias | <input type="checkbox"/> Reportes de Procedimientos        | <input type="checkbox"/> Imágenes en USB              |
| <input type="checkbox"/> <b>Acceso a Expediente Médicos</b> | <input type="checkbox"/> <b>Expedientes de Facturación</b> | <input type="checkbox"/> Imágenes a Través de la Nube |

Fechas: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Nota:** Los expedientes pueden incluir información relacionada con la salud mental, el consumo de drogas/alcohol y VIH/ SIDA. Sin embargo, los expedientes de tratamiento de los departamentos de salud mental, alcohol/drogas o los resultados de las pruebas de VIH no se revelarán, a menos que se pida específicamente abajo.

Expedientes de Salud Mental  Expedientes de Consumo de Alcohol/Drogas

Expedientes de Resultados de Pruebas de VIH

## **Método de Entrega de los Expedientes Pedidos**

Correo Electrónico       Los Recogen       Unidad Flash Cifrada

Destinatario de la Entrega por Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## **Duración / Revocación / Volver a Revelar**

- La autorización es efectiva por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique aquí una fecha diferente: \_\_\_\_\_ (fecha).
- La autorización se puede revocar mediante una petición por escrito, pero ninguna revocación se aplicará a la información revelada antes de recibir esta petición.
- Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original. El que suscribe tiene el derecho de recibir una copia de esta autorización.

**Aviso:** Una vez que la información médica pedida se revela, cualquier información que el destinatario revele es posible que ya no esté protegida según la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) federal.

## **Firma**

El que suscribe autoriza al proveedor médico designado abajo para revelar el expediente médico específico a un destinatario designado. El proveedor médico no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a la presentación de esta autorización.

Firma del Paciente\*: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_

\*Si el paciente no puede firmar, explique la relación con el paciente (marque una si aplica):

- Padres o tutor del paciente menor de edad que no pudo dar su consentimiento para recibir atención médica.
- Tutor o procurador del paciente incapacitado.
- Beneficiario o representante personal del paciente fallecido.

**Es posible que haya cargos por este servicio.**