



Cheyenne Regional

**Autorización para
revelar información de atención médica o
información de atención de la salud conductual**

Health Information Management
Cheyenne Regional Medical Center
2600 E 18th Street Cheyenne, WY 82001
Fax: (307) 432-3108 Teléfono: (307) 633-7925
Correo electrónico: CheyenneRegionalHIM@crmcwy.org

(1) Paciente	Nombre legal:		Nombres preferidos/anteriores:	
	Fecha de nacimiento:		Número de teléfono:	
	Domicilio:		Ciudad:	Estado:
(2) Información revelada POR	<input type="checkbox"/> <i>Cheyenne Regional Medical Center</i> <input type="checkbox"/> <i>Paciente hospitalizado</i> <input type="checkbox"/> <i>Paciente ambulatorio</i> <input type="checkbox"/> CRMG (clínicas médicas): _____			
(3) Fechas de servicio	Fechas de servicio: DESDE: _____ HASTA: _____ (obligatorio)			
(4) Información revelada A	Persona/Centro/Organización <input type="checkbox"/> USTED MISMO:			
	A la atención de/Departamento:		Número de teléfono:	Fax:
	Domicilio:		Ciudad:	Estado:
(5) Información médica que se revelará	<input type="checkbox"/> Resumen del registro (solicitado con más frecuencia) Marque las especialidades <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología (CD) <input type="checkbox"/> Imágenes cardíacas (CD) <input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Otro (especifique abajo): _____ _____ _____ _____	<u>Marque si solo necesita registros individuales</u> <u>Transcripción/Notas del proveedor</u> <input type="checkbox"/> Notas del médico <input type="checkbox"/> Registro de atención de emergencia/urgencia <input type="checkbox"/> Historia y exámenes físicos <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Informes de operaciones o procedimientos <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Otro (especifique abajo): _____ _____	<u>Marque si solo necesita informes individuales</u> <u>Diagnósticos</u> <input type="checkbox"/> Ecocardiogramas <input type="checkbox"/> ECG/trazados <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio/informes de patología <input type="checkbox"/> Informes de radiología <u>Varios</u> <input type="checkbox"/> Vacunaciones <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Expediente completo	<u>Servicios de salud conductual</u> <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica <input type="checkbox"/> Evaluaciones de salud conductual <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____ <div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> Si solicita registros de tratamiento por abuso de alcohol o sustancias con información médica, debe completar una autorización por separado. </div>
		(6) Información confidencial: _____ Escribiendo mis iniciales, autorizo a que se revele esta información confidencial: _____ Tratamiento de enfermedades mentales _____ Pruebas de detección de drogas o alcohol _____ Resultados de pruebas o diagnósticos de VIH/sida Esto no se revelará si no escribe sus iniciales.		
(7) Propósito de la revelación	<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Indemnización de trabajadores <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____ Se podría cobrar un cargo o una tarifa por copias de registros.			
(8) Método de entrega	Medio de entrega de la información: <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> CD La información se necesita antes del: _____ Enviar por: <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> CORREO <input type="checkbox"/> LA RECOGERÁ el paciente o la <i>persona designada</i> _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico: dirección preferida _____ <input type="checkbox"/> Encriptado <input type="checkbox"/> No encriptado			
(9) Autorización	Por la presente, autorizo a Cheyenne Regional a revelar la información médica indicada arriba al destinatario mencionado. 1. Esta autorización no incluye un permiso para revelar las notas de psicoterapia, que se definen como notas que documentan sesiones de consejería privadas, grupales o familiares que están separadas del resto del expediente médico de un paciente. 2. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, esto no afectará ninguna medida tomada antes de recibir la revocación. 3. Entiendo que se pueden aplicar tarifas por el servicio de copias. 4. Su atención médica (o pago por atención) no se verá afectada por firmar o no esta autorización. 5. La información revelada mediante esta autorización, excepto la información sobre el abuso de alcohol y drogas como se define en el título 42, parte 2 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del receptor y puede dejar de estar protegida por la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act Privacy Rule) (título 45, parte 164 del CFR), y la Ley de Privacidad (Privacy Act) de 1974 (título 5, sección 552a del Código de los Estados Unidos [United States Code, USC]).			

Firma del paciente/representante del paciente

Nombre de quien firma, en letra de molde

Fecha

(Si firma en nombre de un paciente menor de edad: Por medio de la presente, declaro que mi patria potestad no ha sido revocada por un tribunal).

Padre o madre Apoderado legal Tutor Otro
Relación con el paciente (si no es el paciente)

Esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma, a menos que se especifique otra cosa: _____

click on email address to send directly CRMC HIM: [Email: CheyenneRegionalHIM@crmcwy.org](mailto:CheyenneRegionalHIM@crmcwy.org)



MRC Approved: 12/2019

Office Use only

Cheyenne Regional

ROI - Release of Information (10/2013, 7/2015, 5/2019, 12/2019)

ID verified by: _____

Form# 21909 Page 1 de 1

Instrucciones para completar la autorización para revelar información o información de atención de la salud conductual

Para proteger la privacidad de nuestros pacientes y mantener la confidencialidad de su información médica personal, debemos obtener una autorización válida y legible para revelar dicha información.

Se necesita una identificación con foto para verificar la identidad de la parte solicitante.

Esta autorización solo puede utilizarse para los tipos de registros y las fechas de servicio seleccionados.

- 1. Paciente:** letra de molde
 - Nombre legal completo (indique también los nombres preferidos o anteriores del paciente)
 - Fecha de nacimiento (mes, día, año)
 - Número de teléfono del paciente (por si hubiera alguna pregunta)
- 2. Se revela información DE:** Solo tenemos registros médicos de nuestras dos entidades:
 - ✓ Cheyenne Regional Medical Center (el hospital y sus departamentos para pacientes ambulatorios)
 - ✓ Cheyenne Regional Medical Group (clínicas médicas)
 - ✓ Si solo quiere un médico específico, escriba el nombre de ese médico en letra de molde.
- 3. Fechas de servicio:** Indique las fechas de servicio de los registros que está solicitando o de un evento específico. Esto nos ayudará a darle información precisa.
- 4. Información revelada A:** Escriba en letra de molde el nombre de la persona, el centro o la organización que recibirá la información con su dirección completa, ciudad, estado, número de contacto y fax, si corresponde. Si la solicitud es para usted, marque **USTED MISMO**.
- 5. Información médica que se revelará:** Un resumen de registros es lo que se solicita con más frecuencia, ya que suele contener la información necesaria para cualquier tratamiento posterior. El resumen contiene: (1) documentación del proveedor (notas del Departamento de Emergencias, historia y exámenes físicos, resumen de alta, notas de operaciones o procedimientos, consultas, etc., pero no incluye notas de la evolución diaria) y (2) informes de diagnóstico (análisis de laboratorio, resultados de patología, radiografías, pruebas de cardiología, etc.) Si se necesitan otros, marque las casillas correspondientes o escríbalos en el espacio provisto.
****Si solicita registros de tratamiento por abuso de alcohol o sustancias, debe completar una autorización por separado. ****
- 6. Información confidencial:** *Registros médicos específicos para (1) el tratamiento de enfermedades mentales, (2) las pruebas de detección de drogas o alcohol, y (3) los resultados de pruebas o diagnósticos de VIH/sida, que requieren un permiso especial para revelarse y no se entregarán si no se escriben las iniciales en las áreas correspondientes.*
- 7. Propósito de la revelación:** Marque la casilla correspondiente para indicar por qué pide los registros o seleccione *Otro* y escriba el motivo.
- 8. Método de entrega:** Marque la casilla correspondiente para indicar cómo quiere recibir la información que pidió.
 - ✓ La forma más conveniente para recibir su registro es mediante MyChart.Solo usted puede recoger sus registros, *a menos* que designe a una persona para que lo haga.
 - ✓ Cuando recoja sus registros debe tener su **identificación con foto**.
 - ✓ Si la persona designada va a recoger sus registros por usted, debe llevar una **identificación con foto**.Los expedientes guardarán en el archivo médico de CRMC por 30 días y luego se destruirán.
- 9. Autorización:** Esta autorización vencerá en un año, a menos que se especifique otra cosa. No revelaremos los registros médicos que se generen *fuera de las fechas de servicio señaladas o después de la fecha de la firma del paciente*. El paciente o el representante legal debe firmar y fechar la autorización. (La fecha no puede ser futura). El representante legal *debe* presentar una copia de su identificación y una copia de los documentos que prueben la representación legal, es decir, un poder notarial, un documento de tutela, un testamento en vida, un certificado de defunción, etc.

Entienda que autorizar la revelación de esta información médica es voluntario.

- Puede negarse a firmar esta autorización. Su negación a firmar una revelación no afectará su capacidad para recibir tratamientos o pagos, ni para inscribirse o ser elegible para recibir beneficios.
- Puede examinar la información que se usará o revelará, o hacer copias de esta, según se establece en el título 45, sección 164.524 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR).
- La información revelada mediante esta autorización, excepto los registros de abuso de alcohol y drogas como se definen en el título 42, parte 2 del CFR, puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del receptor y puede dejar de estar protegida por la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act Privacy Rule) (título 45, parte 164 del CFR), y la Ley de Privacidad (Privacy Act) de 1974 (título 5, sección 552a del Código de los Estados Unidos [United States Code, USC]).

Cheyenne Regional y el paciente o solicitante reconocen y aceptan que esta autorización se puede ejecutar mediante firma electrónica, que se considerará como una firma original para todos los fines y tendrá la misma validez que una firma original.

Si tiene preguntas sobre la revelación de su información médica, puede comunicarse con el Departamento de Información Médica (Health Information Department).

Envíe por correo, fax o correo electrónico la autorización completada y firmada, y, si corresponde, los documentos necesarios para respaldar la representación legal, a:

Health Information Management
Cheyenne Regional Medical Center
2600 E 18th Street Cheyenne, WY 82001
Fax (307) 432-3108
Teléfono: (307) 633-7925
cheyenneregionalhim@crmcwy.org