



Community Health Labs

Gracias por elegir al Sistema de Salud Tahoe Forest. Si tiene alguna pregunta sobre los resultados de estas pruebas, por favor contacte a su medico. Si usted no tiene uno, nos complace hacer disponible una lista de medicos dentro de nuestro sistema de salud.

Fecha de Hoy		Fecha de Nacimiento	
Nombre de Paciente			
Direccion de Correo			
Direccion Fisica			
Ciudad, Estado, Codigo			
Telefono		Direccion Email	
Medico			
Pruebas Disponibles		Seleccion	Precio
Complete Blood Count- CBC w/o differential (LAB294)			\$13
Comprehensive Metabolic Panel- CMP (LAB17) Se requiere ayunar 12 horas. Tome medicamentos recetados y beber agua para prevenir deshidratación.			\$29
Lipid Panel (LAB18) Se requiere ayunar 12 horas. Tome medicamentos recetados y beber agua para prevenir deshidratacion.			\$35
Vitamin D, 25 – Hydroxy (LAB535)			\$44
Hemoglobin A1c (HgA1c) (LAB90)			\$28
Thyroid-stimulating Hormone – TSH (LAB129)			\$34
PSA – Prostate Antigen Screen (LAB116)			\$87
Costo Total - Se espera pago al tiempo de servicio, se acepta efectivo, cheque o tarjetas de credito.			\$__

Como parte de estas pruebas de salud de la comunidad, al firmar debajo solicito que tales pruebas sean realizadas por un representante del Sistema de Salud Tahoe Forest.

Lanzo por este medio el antedicho representante de cualesquiera y toda responsabilidad, incluyendo material o cosas que puedan presentarse durante estos analisis de sangre o cualquier otras pruebas o de datos derivados de alli. Yo entiendo que:

- 1) Los datos derivados de tales pruebas de salud deben ser considerados como preliminares solamente y de ninguna manera son concluyentes.
- 2) La responsabilidad de iniciar cualquier examinacion a seguir para anomalidades identificadas en las pruebas de salud esta en mi como la persona responsable de mi propia salud y no con cualquier representante que participa.
- 3) El personal participando tendra acceso a resultados de mis analisis para el proposito unico de determinar si estan fuera de limites normales tales resultados y haci asistirme a iniciar un examen a seguir. Ningun otro individuo o agencia tendra acceso a mis resultados de analisis individuales sin un permiso escrito de mi parte. Datos agregados pueden ser utilizados para propósitos de reporte y investigacion.
- 4) **Entiendo que ofrecen estos laboratorios en el precio rebajado al por menor y deben ser pagados en su totalidad en el momento del servicio para tener derecho a este precio rebajado. Aunque yo pueda tener seguro que pueda cubrir todo o parte de los servicios dados hoy, firmando abajo estoy de acuerdo que no presentaré o pediré al Distrito de Hospital de Tahoe Forest presentar una reclamación al seguro de mi parte a cualquier plan de seguros para estos servicios, de lo contrario este descuento será invertido y los honorarios de laboratorio normales se aplicarán.**

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

For Office Use Only – Check one:

- Patient has lab orders in Epic; Ordering Provider: _____
- Patient does not have lab orders in Epic; Dr. Evans is the ordering provider.



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: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Fax: _____

Información Médica Pedida (Seleccione todos los que se aplican)

Informes de Consulta Historia y Examen Físico Notas de Progreso

Resumen de Alta Pruebas de Laboratorio Reportes de Imágenes

Reportes de la Sala de Emergencias Reportes de Procedimientos Imágenes en USB

Acceso a Expediente Médicos **Expedientes de Facturación** 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.

Divulgación de Correo Electrónico Sobre el Retorno de la Inversión (ROI):

A pesar de los mejores esfuerzos de TFHD, existen riesgos inherentes asociados con la transmisión de información personal médica (PHI), particularmente cuando se comunica por correo electrónico. Aunque utilizamos métodos seguros para transmitir datos confidenciales, incluido el cifrado y otras salvaguardas tecnológicas, es importante reconocer que ningún método de comunicación electrónica es completamente inmune a posibles violaciones o exposición. Al firmar esta divulgación, usted reconoce que TFHD no puede garantizar una protección absoluta contra el acceso no autorizado o la interceptación durante la transmisión. Usted comprende y acepta los riesgos asociados con la transmisión de información personal médica por correo electrónico. Tenga en cuenta que un tercero puede administrar y conservar información de correo electrónico en nuestro nombre y debe cumplir con las pautas de HIPAA.