



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 a Través de la Nube

Acceso a Expediente Médicos

Expedientes de Facturación

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 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.