



Ve la página 2 para instrucciones de cómo completar esta forma. Un formulario incompleto puede retrasar el proceso.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido			
Indique cualquier otro nombre que haya utilizado en cualquier centro o proveedor de Samaritan:			Fecha de nacimiento (mm / dd / aaaa)
Dirección postal			Teléfono
Ciudad	Estado	CP	¿Está bien dejar un mensaje detallado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2. LA INFORMACIÓN MÉDICA DEBE SER DIVULGADA DE (POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN).

- Good Samaritan Regional Medical Hospital General Samaritan Albany Hospital Samaritan Lebanon
- Hospital North Lincoln Samaritan Hospital Comunitario del Pacífico Samaritan
- Clínica (s) o proveedor (es) de Samaritan (especifique)
- Proveedor que no es Samaritan: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____
 Fax: _____ Ciudad, Estado, CP: _____

3. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTA SOLICITUD? (ESPECIFIQUE) Continuación de cuidado Personal Legal

Seguro médico Escuela Discapacidad Otro, especifique: _____

4. ¿QUÉ REGISTROS QUIERE? (POR FAVOR MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN.)

- Resúmenes de alta Registros de sala de emergencias Notas de la clínica Desde esta fecha: _____
- Historial e informes físicos Informes de laboratorio/patología Vacunas / /
- Informes operativos Informes de imágenes Registros de facturación Hasta esta fecha: _____
- Otro (especifique) _____ Imágenes

5. ENTIENDO QUE DEBO PONER MIS INICIALES EN LOS SIGUIENTES, SI DESEO QUE ESTA INFORMACIÓN SE DIVULGUE

_____ Información / registros de salud mental _____ Resultados de pruebas de VIH positivo y diagnóstico de VIH _____ Información/registros de pruebas genéticas	_____ Tratamiento de drogas / alcohol o información de referencia. De acuerdo con las regulaciones federales, describa qué cantidad y qué información sobre drogas/alcohol debe divulgarse: _____ _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. FORMATO DE REGISTROS (SELECCIONE SOLO UNO)

- SHS cuenta de MyChart Email Papel CD Fax
- Otro (especifique por favor): _____

7. ESTA INFORMACIÓN DEBE SER DIVULGADA A MÍ MISMO (SELECCIONE UNA)

- SHS cuenta de MyChart Email Personal: _____
 - Llámame a mi teléfono para venir a recoger los registros Envíe mis registros a mi dirección indicada anteriormente
 - Otro (por favor describa): _____
 - O** liberar mis registros a: Organización/Persona: _____
- Teléfono: _____ Dirección: _____
 Fax: _____ Ciudad, Estado, CP: _____
 E-mail: _____

8. MIS DERECHOS: REVISE LA PÁGINA 2 PARA INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SUS DERECHOS.

Entiendo que negarme a firmar la autorización generalmente no afectará negativamente mi capacidad para recibir atención médica, servicios o reembolso por servicios. Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por la ley federal. Es posible que se me cobre una tarifa razonable basada en el costo por las copias de los registros médicos que solicito. Esta autorización se puede cancelar (revocar) en cualquier momento. A menos que se cancele, esta autorización vence 12 meses a partir de la fecha en que firmé este formulario, a menos que se especifique aquí otra fecha o evento: _____

9. Firma del paciente o representante del paciente _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta si no es el paciente: _____ Relación con el Paciente: _____

- Solicito una copia de este formulario de autorización. Copia proporcionada por _____ (Iniciales)



1. **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** -Escriba en letra de imprenta nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono del paciente.
2. **INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA** - Seleccione un hospital, una clínica o un proveedor de Samaritan del que le gustaría que se divulgaran sus registros. Si selecciona una clínica o proveedor de Samaritan, asegúrese de incluir el nombre de la clínica o proveedor. O, proporcione el nombre del proveedor de atención médica del que le gustaría que se divulgaran los registros. Incluya la dirección completa, el teléfono y el número de fax.
3. **OBJETIVO DE ESTA SOLICITUD** - Especifique por qué solicita su información médica de las opciones enumeradas en la página 1.
4. **QUÉ REGISTROS QUIERE**- Agregue un rango de fechas y especifique qué información desea que se publique. Si está buscando algo que no está en la lista o le gustaría proporcionar instrucciones más detalladas, agregue lo que le gustaría en la línea "Otro".
NOTA: Las solicitudes de imágenes de radiología y registros de facturación se pueden enviar por correo por separado.
5. **DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS ESPECIALES** - Hay tipos específicos de registros que requieren su autorización (permiso) específica para entregarlos a otra persona que no sea usted. Si desea que se divulgue esta información, coloque sus iniciales en cada tipo que desee que se divulgue. Los registros de tratamiento de alcohol y drogas están protegidos por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas (42 CFR Parte 2) y no pueden ser revelados por SHS ni revelados por quienes reciben esta información sin su consentimiento por escrito a menos que la ley permita lo contrario.
6. **FORMATO DE REGISTROS** - Seleccione SHS MyChart, papel, CD, correo electrónico, fax o especifique otro formato de su elección. Si no selecciona ningún formato, el formato predeterminado es el papel. Si selecciona SHS MyChart, los registros se enviarán a su cuenta de SHS MyChart y estarán disponibles allí durante 90 días. Para recibir su información a través de MyChart, debe tener una cuenta activa de SHS MyChart. Para obtener más información, visite samhealth.org/MyChart. Si selecciona CD, recibirá instrucciones de contraseña con el CD. Tenga en cuenta que, si elige recibir su información por correo electrónico, puede haber ciertos riesgos de seguridad para su información mientras está en tránsito.
7. **INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ A** - Especifique si la información solicitada se envía al paciente / representante del paciente o a otra persona. Asegúrese de incluir la dirección completa y el número de teléfono. Incluya el número de fax o la dirección de correo electrónico si desea que su información para la atención continua se envíe por fax o por correo electrónico al centro de salud / proveedor.
8. **MIS DERECHOS**
 - **RECHAZO A FIRMAR:** La única circunstancia en la que la negativa a firmar significa que no recibirá el servicio de atención médica, es si los servicios de atención médica tienen el único fin de proporcionar información médica a otra persona y la autorización es necesaria para hacer esa divulgación.
 - **CANCELACIÓN / REVOCACIÓN:** Esta autorización puede cancelarse / revocarse en cualquier momento. Para cancelar esta autorización, envíe una declaración escrita y firmada a la dirección postal de divulgación de información a continuación y declare que está cancelando esta autorización. La cancelación de esta autorización no se aplica a la información que ya se ha divulgado.
 - **TARIFA**

Cuidado continuo	Sin cargo
Solicitud inicial del paciente	Sin cargo
Solicitud de terceros	Tarifas razonables basadas en costos de acuerdo con las leyes de HIPAA y Oregon

9. **FIRMA** - Firmar e indicar la fecha de la firma. **Si está firmando este formulario y no es el paciente**
 - Si el paciente tiene 18 años o más, el paciente debe firmar y fechar el formulario.
 - Si el paciente tiene 18 años o más y no puede firmar,
 - o Un representante legalmente autorizado puede firmar y fechar el formulario. Indique su relación con el paciente (tutor, representante de atención médica o poder notarial para atención médica) e incluya la documentación de respaldo de su relación.
 - Si el paciente tiene 17 años de edad o menos, el padre o tutor legal del paciente debe firmar y fechar el formulario. Indique su relación con el paciente. Si es el tutor legal del paciente, incluya la documentación de respaldo. En Oregon, los menores pueden solicitar ciertos niveles de confidencialidad o dar su consentimiento para varios asuntos de atención médica según su edad por sí mismos. Es política de SHS exigir que el menor autorice la divulgación de esos registros médicos.

Envíe el formulario de Solicitud de registros médicos del paciente completo a:

Dirección postal:
Samaritan Health Services Health Information Management
PO Box 2728
Corvallis, OR 97339

Fax: 541-768-9363
Teléfono: 541-768-5069
E-mail: SHSHIMROI@samhealth.org

Las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben.

Espera hasta 30 días para procesar las solicitudes. Hacemos todo lo posible para completar las solicitudes de manera oportuna.

Ubicación/horarios de atención al cliente de la administración de información médica: Lunes a viernes excepto días festivos, de 8:00 am a 4:30 pm

SHS HIM Corvallis
3600 NW Samaritan Dr.
Corvallis

SHS HIM Albany
1046 6th Ave. SW
Albany

SHS HIM Lebanon
525 N. Santiam Hwy.
Lebanon

SHS HIM Newport
930 SW Abbey St.
Newport

SHS HIM Lincoln City
3043 NE 28th St.
Lincoln Cit