



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

**Solicito mi información médica protegida de Saint Joseph Medical Center – Kansas City MO**

1. ¿A quién comunicaremos su información médica protegida (PHI) / registros médicos?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo le gustaría que se entreguen los registros médicos?:

- Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Enviado por fax a : (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_
- Recoger en Registros Médicos
- Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

3. Fecha de Servicio **Fecha Específica (s):** \_\_\_\_\_ **to** \_\_\_\_\_

4. Autorizo la divulgación de la siguiente PHI para

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias                                    | <input type="checkbox"/> Reporte de laboratorio(s)          | <input type="checkbox"/> Historia y física         |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta   | <input type="checkbox"/> Reporte de radiología(s)           | <input type="checkbox"/> Facturación Detallada     |
| <input type="checkbox"/> Resumen del hospital (transcrito informes / laboratorio / radiología) | <input type="checkbox"/> Reporte de cardiología             | <input type="checkbox"/> Estudios de Radiología    |
| <input type="checkbox"/> Informe operativo   | <input type="checkbox"/> Reporte de patología               | <input type="checkbox"/> Portaobjetos de Patología |
| <input type="checkbox"/> Consultores   | <input type="checkbox"/> Registros de estudios del sueño    | <input type="checkbox"/> Imágenes Cardiovasculares |
|  | <input type="checkbox"/> Otro: por favor especifique: _____ |  |

5. Proposito para solicitar informacion

- Legal
- Seguro
- Personal
- Continuación de la Atención

6. Al firmar este formulario de autorización, entiendo que la PHI puede incluir registros relacionados con la salud mental, el VIH / SIDA, y / o abuso de alcohol / drogas.

Firma del paciente / representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nombre Escrito del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

- Copia de Identificación con Foto
- Firma a Juego
- Otro \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono de Registros Médicos: 816-943-2121**  
**Número de fax: 816-943-5686**

Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales y la ley de Missouri le prohíben hacer más divulgaciones de esta información, a menos que la divulgación adicional de esta información esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o esté permitido de otra manera 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. La Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas. RVDO. 04-2018

