

Patient Label



HIMROI

Autorizo a los siguientes hospitales y otras instalaciones de Sentara: _____

I authorize the following Sentara Hospital(s) and other Facility(s)
Médicos o prácticas médicas: _____

Physician(s) or Physician Practice(s)
Información del paciente (escribir en letra de imprenta)
Patient Information (Please Print)

Nombre: <i>First Name</i>	Inicial del segundo nombre: <i>Middle Initial</i>	Apellido: <i>Last Name</i>	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): <i>Date of Birth (MM/DD/YYYY)</i>	Teléfono: <i>Phone</i>	Correo electrónico (opcional): <i>E-mail (optional)</i>	
Domicilio: <i>Street Address</i>	Ciudad: <i>City</i>	Estado: <i>State</i>	Código postal: <i>Zip</i>

Autorizo la divulgación de los siguientes registros:
I authorize the following record(s) to be released
Tipo de registros que se divulgarán y fecha(s) de servicio (seleccionar todas las opciones que correspondan):
Type of records to be released and date(s) of service (check all that apply)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado
<i>Inpatient</i> | <input type="checkbox"/> Departamento de emergencia
<i>Emergency Department</i> | <input type="checkbox"/> Documentación de la visita al médico/proveedor
<i>Physician/Provider Visit Documentation</i> |
| <input type="checkbox"/> Cirugía ambulatoria _____
<i>Same Day Surgery</i> | <input type="checkbox"/> Pruebas ambulatorias
<i>Outpatient Testing</i> | |

Período o fecha de la información que se divulgará: desde: _____ (mes/año) hasta: _____ (mes/año)

Time period or date of information to be released:
From:
(month/year) To:
(month/year)

La siguiente información se divulgará con el resumen electrónico de su visita:

The following information will be released with your electronic visit summary

<input type="checkbox"/> Resumen (incluir la historia clínica y el examen físico [H&P], el resumen de alta, las consultas, las notas de cirugía, los análisis de laboratorio, las radiografías) Abstract (Includes H&P, Discharge Summary, Consultations, OP Notes, Labs, X- Rays) <input type="checkbox"/> Alergias Allergies <input type="checkbox"/> Informes de consultas Consultation Reports <input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico (análisis de laboratorio, radiología, patología, estudios de cardiología, electrocardiograma [ECG], ecocardiograma [ECHO], electroencefalograma [EEG], electromiograma [EMG], doppler, neurología, función pulmonar, vascular, audiológica, obstetra/ginecólogo [OB/GYN], genética) Diagnostic Tests (lab work, radiology, Pathology, cardiology studies, EKG, ECHO, EEG, EMG, Doppler, Neuro, Pulmonary Function, Vascular, Audiology, OB/GYN, Genetic)	<input type="checkbox"/> Resumen del alta Discharge Summary <input type="checkbox"/> Instrucciones luego del alta Discharge Instructions <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico (H&P) History & Physicals H&P Exam <input type="checkbox"/> Registros de diagnóstico por imágenes (imágenes e informes) Imaging Records (Images & Reports) <input type="checkbox"/> Registros de vacunación Immunization Records <input type="checkbox"/> Listas de medicaciones Medication Lists <input type="checkbox"/> Notas de enfermeros Nurses Notes <input type="checkbox"/> Informe operativo Operative Report <input type="checkbox"/> Informe de patología Pathology Report	<input type="checkbox"/> Registros de terapia física Physical Therapy Records <input type="checkbox"/> Pedidos médicos Physician Orders <input type="checkbox"/> Lista de problemas Problem List <input type="checkbox"/> Otros: _____ Other <input type="checkbox"/> Registro completo Entire Record — Fechas: Dates _____
--	---	---

Métodos de entrega: elegir solo una opción
Delivery Methods: Choose only one option

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Impresión _____ Correo o _____ Retiro | <input type="checkbox"/> CD _____ Correo o _____ Retiro |
| <i>Paper Mail or Pick-Up</i> | <i>CD Mail or Pick-Up</i> |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Fax (solo para la continuación de la atención) | |
| <i>Email MyChart Fax (Continuity of Care Only)</i> | |

Patient Label

Las solicitudes de copias de los registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción conforme a los reglamentos federales/estatales.

Requests for copies of medical records are subject to reproduction fees in accordance with federal/state regulations.

Esta información podrá ser divulgada y utilizada por la siguiente instalación/persona:

This information may be disclosed to and used by the following facility/person:

- Propia** **Destinatario que figura a continuación**
Self *Recipient Listed Below*

Nombre del destinatario: <i>Recipient Name</i>	Teléfono del destinatario: <i>Recipient Phone</i> Fax del destinatario: <i>Recipient Fax</i>
Domicilio postal del destinatario: <i>Recipient Mailing Address</i>	Correo electrónico del destinatario: <i>Recipient Email</i>

Para los siguientes fines: _____

For the Purpose of

Comprendo que la información médica divulgada puede incluir una parte de la información, o toda la información, relacionada con el tratamiento, que incluye información asociada a enfermedades de transmisión sexual e información sobre VIH/sida. También puede incluir información sobre los servicios de salud mental y el tratamiento para el abuso del alcohol y las drogas. Esta información será divulgada a menos que se indique lo contrario:

I understand that the medical information released may include any and all information related to treatment including information related to sexually transmitted diseases and HIV/AIDS information. It may also include information about mental health services and treatment for alcohol and drug abuse. This information will be released unless otherwise indicated:

No divulgar: _____ (colocar las iniciales)
Do not release *(Initial)*

Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito a la instalación/práctica. Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Comprendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorga a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo en virtud de mi póliza.

I understand that I have the right to revoke this authorization at any time by submitting a written request to the facility/practice. I understand that the revocation will not apply to information that has been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.

Comprendo que la autorización de la divulgación de mi información médica es voluntaria. Tengo derecho a no firmar este formulario. No necesito firmar este formulario con el fin de garantizar el tratamiento. Comprendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en el título 45, artículo 164.524, del Código de Regulaciones Federales (CFR).

I understand that authorizing the disclosure of my health information is voluntary. I have the right not to sign this form. I need not sign this form in order to ensure treatment. I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in 45 CFR 164.524.

Comprendo que toda divulgación de información, hecha conforme a mi autorización, lleva consigo el potencial de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre mi información médica, puedo llamar al número de privacidad de Sentara: 1-800-981-6667.

I understand that any disclosure of information, made according to my authorization, carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about my health information, I can contact the Sentara Privacy Contact number at: 1-800-981-6667.

Esta autorización permanecerá en vigor durante seis meses contados a partir de la fecha de la firma, salvo que aquí se especifique una fecha diferente (fecha):

This authorization shall remain in effect for six months from the date of signature unless a different date is specified here (date)

- Progenitor o tutor legal Poder notarial Pariente más cercano fallecido Albacea testamentario de la sucesión
Parent or Legal Guardian *Power of Attorney* *Next of Kin Deceased* *Executor of Estate*

 Firma del paciente o representante legal
Signature of Patient or Legal Representative
 (proveer documentos legales)
 (Please Provide Legal Documents)

 Fecha
Date