

Patient Label



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) <i>Abstract</i> (Includes H&P, Discharge Summary, Consultations, OP Notes, Labs, X- Rays) <input type="checkbox"/> Alergias <i>Allergies</i> <input type="checkbox"/> Informes de consultas <i>Consultation Reports</i> <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, audiología, obstetra/ginecólogo [OB/GYN], genética) _____ <i>Diagnostic Tests</i> (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 <i>Discharge Summary</i> <input type="checkbox"/> Instrucciones luego del alta <i>Discharge Instructions</i> <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico (H&P) <i>History & Physicals H&P Exam</i> <input type="checkbox"/> Registros de diagnóstico por imágenes (imágenes e informes) <i>Imaging Records (Images & Reports)</i> <input type="checkbox"/> Registros de vacunación <i>Immunization Records</i> <input type="checkbox"/> Listas de medicaciones <i>Medication Lists</i> <input type="checkbox"/> Notas de enfermeros <i>Nurses Notes</i> <input type="checkbox"/> Informe operativo <i>Operative Report</i> <input type="checkbox"/> Informe de patología <i>Pathology Report</i>	<input type="checkbox"/> Registros de terapia física <i>Physical Therapy Records</i> <input type="checkbox"/> Pedidos médicos <i>Physician Orders</i> <input type="checkbox"/> Lista de problemas <i>Problem List</i> <input type="checkbox"/> Otros: _____ <i>Other</i> <input type="checkbox"/> Registro completo <i>Entire Record</i> — Fechas: <i>Dates</i> _____
---	--	---

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

- Impresión _____ Correo o _____ Retiro CD _____ Correo o _____ Retiro
Paper _____ Mail or _____ Pick-Up CD _____ Mail or _____ Pick-Up
 Correo electrónico MyChart Fax (solo para la continuación de la atención)
Email MyChart Fax (Continuity of Care Only)



Patient Label

Autorización para divulgar la información médica protegida
Authorization to Disclose Protected Health Information

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