Richmond Health Information Management Service Center (HSC) Release of Information
7300 Beaufont Springs Drive, Richmond VA 23225 • Teléfono: 877-302-7338 • FAX: 855-330-4290 (Paciente) • 855-226-6070 (Médico)
PARA.RICHHSCROIPatient@Parallon.com (Sólo para pacientes)

Sección A: Esta sección debe completar para todas las Autorizaciones

Nombre del paciente:	**Fecha de nacimiento:**	**Teléfono del paciente:**	**Ultimos 4 dígotos del número de segruro social** ***(opcional):***
Nombre del proveedor:	**Nombre del receptor:**		
Dirección del proveedor:	**Dirección 1:**		
	Dirección 2:	**Teléfono del destinatario:**	
	Ciudad:	**Estado:**	**Código postal:**

Solicitar entrega (si se deja sin completar, se proporcionará una copia en papel): ☐ **Copia en papel** **Medio elecrónico, si está disponible (por ejemplo, unidad USB, CD/DVD, entrega electronica)** ☐ **Correo electrónico encriptado** ☐ **Correo electrónico no encriptado**

NOTA: En caso de que el establecimiento no pueda realizar una entrega electrónica, según lo solicitado, se ofrecerá un método de entrega alternativo (por ejemplo, copia en papel). Existe algún nivel de riesgo de que un tercero pueda ver su ISP sin su consentimiento al recibir un correo elecrónico o medio no encriptado. No nos hacemos responsables del acceso no autorizado a la ISP contenida en este formato o de ningún riesgo (por ejemplo, virus) que pudiera introducirse, potencialmente, a su computadora/dispositivo al recibir la ISP en formato electrónico o por correo electrónico.

Dirección de correo electrónico (Si marcó e-mail arriba. Escriba claro en letra legible):

Esta autorización expirará: (completar con la fecha o el evento, pero no ambos.)
Fecha: **Evento:**

Propósito de la divulgación:

Descripción de la información a ser utilizada o revelada

¿Es una solicitud de notas de psicoterapia? ☐ Sí, y por lo tanto este es el único elemento que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para los otros elementos a continuación. ☐ No, entonces usted puede marcar tantos elementos como necesite.

Descripción	***Fecha(s):***	***Descripción***	***Fecha(s):***	***Descripción***	***Fecha(s):***
☐ Toda la Información de salud protegida (ISP) en su registro médico ☐ Formulario de admisión ☐ Informes de dictado ☐ Órdenes del médico ☐ Entrada/salida ☐ Prueba clínica		☐ Hojas de medicación ☐ Información operativa ☐ Laboratorio de cateterismo ☐ Terapia/prueba especial ☐ Tiras de ritmo ☐ Información de enfermeria ☐ Formularios de transferencia ☐ Información de emergencias		☐ Resumen del parto ☐ Evaluación de enfermeria obstétrica ☐ Diagrama de flujo posparto ☐ Factura detallada: ☐ UB-04: ☐ Otro: ☐ Otro:	

Reconozco y doy mi consentimiento, que la información publicada puede contener información sobre alcoholismo, abuso de drogas, información genética, psiquiatría, prueba de VIH, resultados de VIH o SIDA. _____ (inicial)

Comprendo que:
1. Puedo negarme a firmar esta autorizaqción y que es estrictamente voluntaria.
2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados para la firma de esta autorización.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre todas las medidas adoptadas antes de recibir la revocación. Se pueden encontrar más detalles en el Aviso de prácticas de privacidad.
4. Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o un proveedor de cuidado de la salud, la información divulgada ya no podrá estar protegida por las regulaciones federales de privacidad y podrá volver a ser divulgada.
5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descripta en este formulario, por un pago razonable para la copia, si lo solicito.
6. Puedo obtener una copia de este formulario después de firmarlo.

Sección B: ¿La solicitud de la ISP tiene fines de marketing o involucra la venta de la ISP? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, el plan de salud o proveedor de atención de la salud debe completar la sección B; de lo contrario, pases a la sección C.

¿El destinatario recibirá compensación financier o en especie a cambio de la divulgación de la información? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, describa:
¿El destinatario de la ISP desea intercambiar aún más la información por una remuneración económica? ☐ Sí ☐ No

Sección C: Firmas

He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida, según lo indicado.

Firma del paciente/representante del paciente:	**Fecha:**
Nombre en letra de imprenta del representante del paciente:	**Relación con el paciente:**

Health ONE

Patient Information/Label

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (PHI)

ROI
70788SP (02/19) White - Chart Yellow - Patient