Nebraska Medicine

PT NAME
MR #

Dirección de envio: 3333 Farnam St, 3rd Floor Attn: HIM ROI Omaha, NE 68131 Fax: (402) 559-6200

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento:_____

Dirección: _____ **Teléfono durante el día**:_____

_____ **Ultimos Quatro SSN#**:_____

Por la presente autorizo y solicito la divulgación de mis registros médicos:

DE: _____ **PARA:** _____

_____ _____

_____ _____

Información para ser divulgada:

Desde (fecha)_____hasta (fecha)_____

□ Resumen de Alta	□ Informes de EKG/EEG	□ Imágenes de radiología	□Resultados de la prueba del vih
□ Historia y examen físico	□ Registro de la sala de emergencias	□ Informes de rayos X	
□ Informe Operativo	□ Notas de la clínica	□ Registros Prenatales (Embarazo)	□Resultados de las pruebas de drogas
□ Informe de patologia	□ Información psiquiátrica/salud mental	□ Notas de terapia física / ocupacional	
□ Otro (especifique)	□ Resultados de laboratorio	□ Notas sobre el trastorno de uso de sustancias	□Prueba genetica

_____

Formato de publicación (elija uno): □ Correo □ Recoger □ One Chart Patient Portal □ Correo electrónico

Propósito de la divulgación: □ Continuación de la atención médica □ Abogado □ Registros personales □ Otro

Esta declaración de consentimiento se puede revocar en cualquier momento antes de la divulgación de la información y caducará el _____ (fecha de vencimiento del evento). Si no se indica una fecha de vencimiento o un evento identificable relacionado con la persona, la autorización caducará 12 meses después de su firma.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la organización proveedora. Si revoco la autorización, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de recibir la revocación.

Entiendo que la persona / institución que recibe la información descrita anteriormente puede no estar cubierta por las regulaciones federales de privacidad, y que la información puede ser divulgada públicamente y ya no estar protegida por esas regulaciones.PROHIBICIÓN SOBRE LA REDISCLOSIÓN DE ALCOHOL Y / O INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO POR ABUSO DE DROGASREGISTROS: esta información ha sido divulgada de registros protegidos por la ley federal. 42 CFR. La Parte 2 prohíbe cualquier divulgación adicional de estos registros sin la autorización específica por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley.
Entiendo que Nebraska Medicine y sus afiliadas no condicionarán la evaluación o el tratamiento para que yo firme esta autorización.Tarifas: entiendo que las leyes federales y estatales permiten que se cobre una tarifa por la copia de registros médicos y que yo seré responsable del pago de dichas tarifas.

_____ _____

(Firma del paciente) **(Firma del padre, tutor o representante autorizado)**

_____ _____

(Fecha) **(Relación de la persona anterior al paciente.)**

COPY IS AS VALID AS ORIGINAL

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Dirección postal:
Health Information Management
Release of Information
3333 Farnam St, 3rd Floor
Omaha, NE 68131

Teléfono: 402-559-4024 **Fax:** 402-559-6200 or 402-559-3799

TIEMPO PARA PROCESAR

- La administración de la información de salud requiere un mínimo de 72 horas o tres días hábiles después de que se reciba la solicitud por escrito para procesar
- Permita un tiempo adicional de 7-10 días por correo
- Las solicitudes de registros creados antes de 1999 hacen que se requiera tiempo adicional para investigar y procesar

COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN:

- Las autorizaciones son válidas por 12 meses a partir de la fecha de la firma si no se incluye una fecha de vencimiento o un evento identificable relacionado con la persona listada
- Las solicitudes realizadas por cualquier persona que no sea el paciente deben incluir:
  o Firma del representante del paciente y fecha.
  o Relación de representante al paciente.
  o Las personas que no sean el padre de un menor de edad deben proporcionar prueba de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente. La prueba legal incluye tutela, poder legal, documentos de representante personal y otros documentos legales
- Los cargos no se aplican cuando los registros se entregan a un médico / centro médico para la continuación de la atención

CARGOS

Precios del Paciente

Cómo se almacenan -------->	Cómo se envian	Información de la tarifa
Electrónico - >	Electrónico (Email, Portal, CD, Flash Drive)	$6.50 tarifas fijas
Electrónico ->	Papel	$0.90 costo de mano de obra + $ 0.05 / suministros de página + franqueo (si es aplicable)
Híbrido (Papel & Electrónico) ->	Electrónico (Correo electrónico, Portal, CD, Flash Drive)	$6.50 (Electrónico) + $0.07 por página de papel
Híbrido (Papel & Electrónico) ->	Papel	$0.07 por página de papel + $ 0.90 labor + $ 0.05 por página suministros + franqueo (si es aplicable)
Papel ->	Electrónico (Correo eléctronico, Portal, CD, Flash Drive)	$0.07 por página de papel
Papel ->	Papel	$0.07 mano de obra por página + $ 0.05 por página suministros + franqueo (si es aplicable)