

Instrucciones para Completar la Autorización para la Divulgación de Información Médica

Pacientes/Representantes necesitan leer cuidadosamente y completar todas las secciones antes de firmar y fechar el documento para asegurar que la autorización tenga valides.

1. Información del Paciente: Complete toda la información del paciente que figura en la lista (nombre, número de teléfono, dirección, ciudad, estado y código postal).
2. Escribe el nombre, la dirección, el correo electrónico (opcional) y el número de teléfono de la organización o persona a quien quieres los registros enviados.
3. Descripción/Registros que se publicaran: indique las fechas de servicio de los registros que desea liberar nombre del médico. O Seleccione todos los proveedores en Westmed. El resumen consistirá en los dos y más recientes registros médicos.
4. Seleccione el formato que prefiera para recibir la información, papel, CD/ DVD, correo electrónico (tamaño de archive limitado)
5. Firme y feche el formulario para confirmar la divulgación de información médica.

Si desea recoger sus registros médicos en persona, ofrecemos esta opción para obtener información limitada (menos de 15 páginas de registros) en ciertos lugares. Visite nuestro sitio web para obtener una lista de ubicaciones y horarios de operación.

Los registros médicos también se pueden ver y solicitar a través de [my westmed](#). Registros solicitados a través de [my westmed](#) solo se entregara en la cuenta [my westmed](#) del solicitante. Tenga en cuenta que las imágenes de radiología no se puede solicitar ni enviar a una cuenta de [my westmed](#).

La autorización para la divulgación de información medica y otros formularios se pueden encontrar en nuestro sitio web

<https://www.westmedgroup.com/patient-info/my-medical-records/patient-forms/>

Para obtener información adicional relacionada con los registros médicos, visite nuestro sitio web

<https://www.westmedgroup.com/patient-info/my-medical-records/>



Health Information Management Department
 Mailing Address: P.O. Box 431 Port Chester, NY 10573
 Email: medicalrecords@westmedgroup.com
 Phone: (914) 682-6416 Fax: (914) 682-6415

AUTORIZACIÓN para la divulgación de información médica

Nombre del paciente: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ el correo electrónico: _____

Dirección del paciente: Calle, ciudad, estado, código postal _____ MRN: _____

Por medio del presente, autorizo a WESTMED Medical Group a divulgar mi información médica a:

Nombre: _____ Atención: _____

Dirección: Calle, ciudad, estado, código postal _____

- Dr.** _____ **Todos los profesionales médico de WESTMED Medical Group**
- Descripción de la información que se divulgará** (por favor especifique y incluir fechas): _____
- Resumen de expediente médicos** (incluir notas de oficina, resultados de laboratorio, radiología, patología y pruebas diagnósticas) : _____
- Todos los registros médicos** (proceso puede llevar hasta 10 días) en adición a el resumen incluir (seleccionas marcando la casilla correspondiente):
- ___ Historia de cuenta ___ Notas de teléfono ___ correos electrónico del paciente ___ expedientes recibido de otro médicos
- ___ Tratamiento de alcohol/ droga ___ Información relacionada con VIH y resultados de exámenes ___ Tratamiento de salud mental (excepto notas de psicoterapia)

MOTIVO PARA EL USO O DIVULGACION SOLICITADOS:

- Para uso personal Motivos legales Segunda opinión Cambio de profesional de atención médica Seguro de compensación laboral
- Otros motivos (especifique) _____

Esta autorización se vence en 6 meses después de la fecha de firma si no se indica otra fecha o evento anteriormente indicado aquí: _____

EL PACIENTE DEBE LEER Y FIRMAR LO SIGUIENTE:

- Comprendo lo siguiente:
- a. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento si envío una notificación escrita al consultorio médico.
 - b. No puedo revocar esta autorización si el consultorio médico ya ha realizado acciones en base a esta autorización o si se obtuvo la autorización como una condición del acceso a la cobertura de un seguro.
 - c. El consultorio médico no condicionará el tratamiento ni el pago en base a que yo firme esta autorización.
 - d. Firmo esta autorización libremente y sin que haya sido sometido a ninguna presión por parte de ninguna persona para hacerlo.
 - e. La información divulgada en esta autorización puede estar sujeta a divulgación por parte del consultorio médico y tal divulgación no está protegida por las leyes federales.
 - f. Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar esta autorización y comprendo su propósito y uso. Se han contestado mis preguntas sobre el formulario de manera satisfactoria. Solamente si escribo mis letras iniciales en los casilleros anteriores correspondientes, autorizo específicamente la divulgación de tal información a las personas indicadas, la cual incluirá la divulgación de información relacionada con ALCOHOLISMO y EL ABUSO DE DROGAS, y de INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH y TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL (excepto las notas de psicoterapia).
 - g. Si autorizo la divulgación de la información relacionada con el tratamiento del VIH, alcoholismo y abuso de estupefacientes, las personas que recibas tal información no la podrán divulgar a terceros sin mi autorización, excepto si lo permite las leyes federales o estatales. Comprendo que tengo el derecho de solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar la información relacionada en el VIH, sin una autorización previa. Si considero que he experimentado discriminación debido a la divulgación de información relacionada con VIH, puedo ponerme en contacto con la División de Derechos Humanos del estado de Nueva York (New York State Division of Human Rights), cuyo teléfono es (212) 480-2493, o con la Comisión de Derechos Humanos del estado de Connecticut (Connecticut Commission of Human Rights), cuyo teléfono es (860) 541-3400. Estas agencias están a cargo de proteger mis derechos.
 - h. Puedo revisar y/o recibir una copia de la información que ha sido autorizada para divulgación en base a esta autorización.
 - i. Mis registros médico s pueden tener información de pruebas genéticas incluyendo sus resultados.

FORMATO: por favor seleccione no más uno (puede aplicarse cargos) Copia impresa CD/DVD Correo Electrónico Cifrado

Cargos para las copias de radiología: \$15 por placas radiográficas \$5 por CD más el costo del envío \$5 por CD de ecocardiograma o de medicina nuclear

Firma del Paciente	Fecha	
En caso del que el paciente sea menor de edad: Por medio del presente, declare que soy el padre biológico o adoptivo / la madre biológico o adoptiva o el tutor legal de tal menor de edad y que no hay ninguna orden judicial que limite ni prohíba mi acceso a tales registros médicos. Firma del representante del paciente:	Relación	Fecha

SOLAMENTE PARA UDO DE LA OFICINA:

I.D. Verified: Type _____ Initials _____ DF08192A
 11/20

PRECIOS PARA COPIAS DEL EXPEDIENTE MEDICO

Copias Para Pacientes O Representantes Del Paciente: Gratis

Imágenes de Mamografía Gratis

Imágenes de Radiología Gratis

Imágenes de Cardiología Gratis

Placas de Radiología \$15.00 por placa

My WESTMED- Portal Web del Paciente

Gratis: esta solicitud es solo para solicitar sus registros médicos personales y ser entregado a usted a través del portal para pacientes por My Westmed. Tenga en cuenta que las solicitudes de registro HIM debe hacer a través del portal para cargar registros el portal. Las imágenes de radiología no se pueden librar a través del portal del paciente.

Copias Para un Tercer Parte:

Copias en forma impresa y digital (papel, correo electrónico cifrado, CD/DVD/ Portal Web de tercer parte)

\$0.65 por página

Envió directo a un Doctor para el seguimiento del tratamiento:

Copias en forma digital o impresa son gratis.

** Puede haber cargos adicionales por servicios de UPS para un número de seguimiento y UPS urgente.