



Patient Label or Patient Identifiers

**1. Nombre del paciente**

|                     |                 |                                 |   |               |                                   |
|---------------------|-----------------|---------------------------------|---|---------------|-----------------------------------|
| Apellido            |                 | Primer nombre                   |   | Iniciales     | Apellido de soltera u otro nombre |
| Fecha de nacimiento | Nombre anterior | N.º de expediente médico        | Últimos 4 dígitos del número de seguro social |               |                                   |
| Dirección           |                 | Ciudad                          | Estado  | Código postal |                                   |
| Número de teléfono  |                 | Dirección de correo electrónico |   |               | @                                 |

**2. Autorizo a la siguiente entidad médica de Vanderbilt a revelar información**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vanderbilt University Hospital                      | <input type="checkbox"/> Vanderbilt Psychiatric Hospital   | <input type="checkbox"/> Vanderbilt Bedford Hospital          |
| <input type="checkbox"/> Vanderbilt Behavioral Health Clinics                | <input type="checkbox"/> Vanderbilt Wilson County Hospital | <input type="checkbox"/> Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital |
| <input type="checkbox"/> Monroe Carell Jr. Children's Hospital en Vanderbilt | <input type="checkbox"/> Vanderbilt Home Care Services     |   |
| <input type="checkbox"/> Vanderbilt Clarksville Hospital                     |  |   |

|  |  |        |           |               |  |
|--|--|--------|-----------|---------------|--|
| Nombre de la clínica/médico de Vanderbilt Health |  |        | Teléfono: |               |  |
| Dirección  |  | Ciudad | Estado    | Código postal |  |

**3. Enviar mi información médica protegida a:**

|           |  |  |                           |               |  |
|-----------|--|--|---------------------------|---------------|--|
| Nombre:   |  |  | Relación con el paciente: |               |  |
| Dirección |  | Ciudad   | Estado                    | Código postal |  |
| Teléfono: |  | Opción de fax solo para el médico/tratamiento: |                           |               |  |

**4. Cómo quiero que se envíe mi información médica protegida (seleccione una opción):**

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Correo</b><br>(los expedientes se enviarán a la dirección de arriba) | <input type="checkbox"/> <b>Formato electrónico</b><br>(ver, imprimir o descargar como PDF a través del portal de solicitudes. Las indicaciones se envían a la dirección de correo electrónico de arriba). | <input type="checkbox"/> <b>Otra opción</b> (especifique) |
|--|--|---|

**5. Fechas e información que se revelará:** Entiendo que mi información médica protegida puede incluir información sobre el diagnóstico o tratamiento relacionado con las condiciones psiquiátricas o psicológicas, el trastorno por consumo de sustancias y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o VIH. Acepto que se revele cualquier información sobre dicho diagnóstico o tratamiento a menos que marque la casilla de abajo:

- No autorizo a que se revele esta información.

**6. Fechas e información que se revelará:**

Fechas del tratamiento: DEL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

- |   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen                                      | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas del consultorio                | <input type="checkbox"/> Obstetricia (parto/nacimiento) | <input type="checkbox"/> Resumen del alta         |
| <input type="checkbox"/> Registros de emergencia                      | <input type="checkbox"/> Informes de radiología  | <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos            | <input type="checkbox"/> Informes de operaciones        | <input type="checkbox"/> Registros de facturación |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunas                          | <input type="checkbox"/> Informes de patología   | <input type="checkbox"/> Visita de paciente ingresado         | <input type="checkbox"/> Historia y examen físico       |   |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso                            | <input type="checkbox"/> Informes cardíacos      | <input type="checkbox"/> <b>Imágenes (especificar):</b> _____ |   |   |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de atención de salud a domicilio |  | <input type="checkbox"/> <b>Otro (especificar):</b> _____     |   |   |

También entiendo que si no especifico los registros que quiero, el departamento del Centro de Administración de Información Médica (Center for Health Information Management Department) enviará un Resumen de mi expediente médico legal.

**Vanderbilt Health**  
**Autorización para el uso o la revelación de**  
**información médica protegida**

Authorization (P) – Release of Medical Information

Patient Identifiers

**7. Si no es para su uso personal, díganos el motivo de la solicitud:**

Atención médica/tratamiento  Legal (especifique): \_\_\_\_\_  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**8. Reconocimiento de entendimiento:**

- Firmando este formulario de autorización, autorizo a Vanderbilt Health a revelar la información médica protegida y personal que me identifique según lo descrito arriba. Entiendo que esta autorización es voluntaria.
- Vanderbilt Health reconoce el derecho de un paciente según la ley HIPAA a acceder a copias de su información médica protegida. Entiendo que las leyes federales y estatales permiten que se cobre una tarifa. Entiendo que seré responsable del pago de las tarifas por el costo de la preparación, los suministros para producir y la distribución de la revelación.
- Entiendo que esta autorización expirará cuando se revelen los expedientes para la fecha solicitada abajo. Las solicitudes posteriores a esta fecha necesitarán una nueva autorización.
- Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento informando por escrito a la organización proveedora. La autorización entrará en vigor en la fecha informada, excepto si Vanderbilt Health ya ha revelado expedientes basados en esta autorización.
- Entiendo que una vez que mi información médica se revele según lo solicitado, es posible que ya no esté protegida por las reglamentaciones/leyes de privacidad federales o estatales. Entiendo que las personas que reciben los expedientes podrían volver a revelarlos.
- Autorizando este uso o revelación de información, no se impondrán condiciones a mi atención médica ni al pago de la misma.
- Entiendo que, si lo pido, recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.
- Entiendo que se atenderá mi solicitud en un plazo de 30 días. Si no me dan acceso o no se puede dar la información, entiendo que me informarán y tengo derecho a pedir la revisión de cualquier denegación de acceso que no se haga de acuerdo con la ley aplicable.
- Entiendo que no es seguro recibir expedientes en papel por correo y es posible que se intercepte mi correo y lo vean otras personas.
- Entiendo que los CD/DVD están protegidos por una contraseña. La contraseña se dará o se enviará por correo, por separado del CD/DVD. Entiendo que es mi responsabilidad proteger la información del dispositivo.
- Reconozco y entiendo los términos de esta **autorización para el uso y la revelación de información médica protegida**.

**9. *\*\*Si usted NO es el paciente pero firma en su nombre, complete abajo.***

Entiendo que DEBO adjuntar una prueba de autoridad para actuar en nombre del paciente. Aunque es posible que no se requiera que los padres con derechos parentales adjunten prueba de autoridad, Vanderbilt Health puede requerir prueba de derechos parentales en algunas situaciones de custodia.

**Relación con el paciente (marque una opción):**  Padre/madre con derechos parentales\*

- Agente de atención médica legalmente designado\*  Tutor o curador designado por el tribunal\*  Sustituto en la toma de decisiones\*
- Representante personal del fallecido designado por el tribunal  Poder notarial para decisiones de atención médica/Poder notarial médico\*
- Poder notarial con derecho a ver los expedientes médicos\*  Otra opción\*: \_\_\_\_\_

***\*El acceso a ciertos expedientes de salud conductual y de trastornos por consumo de sustancias puede requerir una autorización adicional de acuerdo con las leyes estatales y federales.***

Nombre del paciente/representante legal en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/representante legal: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_