

**Por favor completar todas las preguntas en ingles**

Health Information Management Department Número de  
1701 North George Mason Drive  
Teléfono: 703-558-2403 Fax: 703-558-6979  
Arlington, VA 22205

Registro Médico \_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono/Fax del Doctor \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Appointment al Doctor Fecha/Hora \_\_\_\_\_

(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente en el momento del tratamiento** **Fecha de nacimiento**

(3) \_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_  
**Domicilio – Calle** **Teléfono de la casa**

\_\_\_\_\_  
**Ciudad** **Estado** **Código postal** **Teléfono del trabajo**

(5) Firmando este documento, autorizo y solicito a Virginia Hospital Center a ver mi registro médico con la intención de:  
**Seguir con la atención médica Personal Legal Otro:** \_\_\_\_\_  
Entregar el registro médico por medio de: **Correo Recoger Fax\*** - El registro médico sólo se enviará por fax al consultorio del médico para la atención directa del paciente, hospitales u otros lugares de tratamiento. Los puntos con los números 9 y 10 no se enviarán por fax. (Oficina del doctor/ Facilidad Medica solamente)\*Numero de Fax \_\_\_\_\_ \*Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
**\*\*Algunos cargos pueden ser aplicados por las copias de su registro medico\*\***

(6) \_\_\_\_\_  
**Datos personales de la persona o nombre de algún representante correctamente autorizado** (nombre de la persona a quien debe enviarse su registro médico)

\_\_\_\_\_  
**Domicilio – Calle** **Ciudad** **Estado** **Código** **Postal**

Lo anterior está sujeto a las restricciones que se indican más abajo:

(7) Para el registro médico por el período de tiempo desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
**Fecha** **Fecha**

(8) Los datos revelados están limitados a la siguiente información detallada: Por favor marcar la información que se necesita.

Resumen de Reportes de alta	Registro de sala de urgencias	Notas sobre el progreso
Reporte histórico y fisico	Registro de pacientes externos / Registro clínico	Notas de la enfermera
Reporte de laboratorio	Órdenes del médico	Reportes operativos y reportes patológicos.
Reportes de radiografías, Imágenes de resonancias magnéticas, ultrasonidos y /o barridos de TC		Resultados de Electrocardiogramas
El médico puede ver por computadora toda la información anterior si está disponible.		Otros _____

(9) SEGÚN LAS NORMAS FEDERALES [42 CFR (Código de Normas Federales) Parte 2].  
Por este formulario autorizo a que entreguen cualquiera y todos los registros para tratamientos por uso de alcohol o drogas.

(10) Autorizo por medio de este formulario a Virginia Hospital Center a revelar a la persona antes mencionada la siguiente información de el/los periodo(s) de tiempo indicado(s) más arriba. Todas las historias clínicas u otra información respecto de mi tratamiento e incluso el tratamiento o estudios hechos por condiciones siquiátricas y/o de VIH/SIDA.

(11) Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si cancelo esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi cancelación escrita al Departamento Administrativo de Información de Salud. Comprendo que la cancelación no se hará sobre la información que ya se haya entregado como resultado de esta autorización. Comprendo que la cancelación no se aplicará a mi compañía aseguradora porque la ley le da a mi asegurador el derecho a contestar un reclamo con relación a mi póliza. A menos que se cancele de otra forma, esta autorización terminará en la fecha, caso o condición siguiente: \_\_\_\_\_ Si no indico la fecha en que expira la autorización, caso o condición, esta autorización terminará un año después de la fecha en que la firmé.

(12) Comprendo que la autorización para entregar este registro médico es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar mi tratamiento. Comprendo que puedo inspeccionar la información que se usará o entregará, de acuerdo con el CFR 164.524. Comprendo que toda revelación de información puede causar otras posibles revelaciones no autorizadas y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo alguna pregunta sobre la revelación de información sobre mi salud, puedo comunicarme con el Director/Oficial de Privacidad del Departamento Administrativo de Información de Salud (HIM) al 703-558-6972.  
Virginia Hospital Center no es responsable por ninguna revelación de la información dada.

(13) Comprendo que puede haber un costo por buscar, tramitar, mantener, revisar y preparar copias de acuerdo al 8.01-413 del Código de Virginia.

(14) \_\_\_\_\_ (15) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Fecha** **Firma del paciente** **Nombre del Paciente**

(16) \_\_\_\_\_ (17) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Testigo** **Firma del representante legal** **Nombre del representante legal**

Patient Label



R10001



**Autorización para mostrar  
y revelar la información de  
mi registro médico**

121917SPN-8400-01062011

Virginia Hospital Center  
INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA  
AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN DEL REGISTRO MÉDICO

**A fin de garantizar el procesamiento oportuno de su solicitud, haga el favor de llenar la planilla completa, líneas 1 a 16. De lo contrario, VHC no podrá procesarla.**

Puntos 1-4: El nombre deberá ser el del paciente en la fecha de recibir el tratamiento.

Punto 5: Favor de marcar una casilla para indicar el “Propósito” (Purpose) de la solicitud.  
Favor de marcar una casilla para indicar el “Medio” (Means) en la solicitud.

Si el medio de entrega es por “Fax”, **Virginia Hospital Center solo envía facsímiles directamente a las instituciones/oficinas médicas y únicamente** en aquellos casos en que los registros enviados por correo no llegaran a la institución/oficina a tiempo para la fecha de la cita indicada en la parte superior de la autorización. Haga el favor de proporcionar los números de fax y teléfono de la institución/oficina médica en la parte superior de la página. Después necesitará indicar en el Punto 6 el nombre y dirección del doctor.

**\*FAVOR DE TOMAR NOTA: Si el medio de entrega es “Pick Up” (Recoger), usted recibirá una llamada telefónica cuando estén listas las copias del registro. A partir de entonces tendrá 5 días hábiles para recogerlas. Las copias son destruidas después del 5to. día hábil. Se preparará una factura automáticamente, ya sea que se recojan o no las copias. Si no recoge las copias del registro después de la primera solicitud, se le impondrán cargos adicionales por todas las demás solicitudes que haga más adelante.**

Punto 6: **\*NO PONGA “YO MISMO” O “VER ARRIBA”. LO DEBE LLENAR COMPLETAMENTE. ES PRECISO** proporcionar esta información. Escriba el nombre y dirección completos de la persona que usted quiere que reciba las copias, aunque sea usted mismo.  
**\*FAVOR DE TOMAR NOTA: La factura será enviada a la persona identificada en esta línea.\***

Punto 7: Usted necesita indicar fechas específicas O un rango de fechas que abarquen las de la visita. Si fue una visita de un día, en el espacio de “hasta” ponga la misma fecha que indicó después de “desde”.

Punto 8: Las normas de la HIPAA limitan a Virginia Hospital Center a entregar el “mínimo necesario” a las instituciones médicas. Nuestra política consiste en limitar los facsímiles a 10 páginas, incluidos el Resumen del Alta, Historial y Examen Físico, Laboratorios, Radiología (“Rayos-X...”), electrocardiogramas e Informes/Patología de Operaciones. Si la visita fue únicamente a la Sala de Emergencias, se enviará el Registro completo de la Sala de Emergencias, a menos que en su solicitud se indiquen únicamente partes específicas del mismo. El médico podrá hacer una solicitud directa o subsiguiente de otros informes que necesite para continuar la atención. **Le reiteramos que nosotros solamente enviamos los registros por fax a médicos y otros hospitales.**

**Como paciente, usted puede solicitar una copia de sus registros para su uso personal**

Usted tiene que llenar una planilla de Autorización para la Entrega de Información del Registro Médico. Por favor, tome nota de que se hace un cargo por cada copia de su registro. Este cargo es como sigue: **\$0.50 por página hasta 50 páginas; \$0.25 por página de la 51 en adelante; \$1.00 por página por copias de microfichas, y franqueo.** Nuestro tiempo de procesamiento es de 15 días.

Puntos 9-13 Puede dejar en blanco el espacio del Punto 11 si acepta un plazo de expiración de un año. Si desea que este plazo sea más corto, puede indicar una fecha o plazo específico.

Puntos 14-16 Haga el favor de firmar esta planilla y de poner la fecha en que lo hizo. **Si usted tiene un PODER o si es el administrador de un paciente fallecido, necesitaremos información adicional. Sírvase llamarnos para más detalles.**

**Si tiene alguna pregunta, llame al departamento de Administración de Información de Salud al (703) 558-2403.**