

|  |
|--|
| Registro Medico _____<br>Numero de Teléfono/Fax del Doctor _____ / _____<br>Appointment al Doctor Fecha/Hora _____ / _____ |
|--|

Por favor completar todas las preguntas en ingles

|  |                          |                |
|--|--------------------------|----------------|
| (1) Nombre del paciente en el momento del tratamiento: | (2) Fecha de nacimiento: | (3) Teléfono:  |
| (4) Domicilio-calle:                                   | Ciudad:                  | Estado:        |
|  |                          | Código Postal: |

(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

Entregar el registro médico por medio de:  Correo  Recoger  Fax\*  Correo Electrónico  
 Formato:  Copia de Papel  Medio Electrónico (USB ó CD)  Correo Electrónico encriptado  Correo Electrónico des encriptado

\*Nota: El registro médico sólo se enviará por fax al consultorio del médico (no están afiliados con el hospital) para la atención directa del paciente, hospitales o otros lugares de tratamiento (fuera del grupo medico de Virginia Hospital Center). Los puntos con los números 9 y 10 no se enviarán por fax. (Oficina del doctor/ Facilidad Medica solamente)

Nota: Si la instalación no puede acomodar una entrega electrónica como se solicita, se proporcionará un método de entrega alternativo (por ejemplo, copia en papel). Nosotros no somos responsables por el acceso no autorizado a la Información Protegida de Salud (PHI) contenida en este formato o cualquier riesgo (por ejemplo, virus) potencialmente introducido a su computadora / dispositivo al recibir PHI en formato electrónico o correo electrónico.

Si marco correo electrónico anteriormente; Por favor, escriba de forma legible: \_\_\_\_\_

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

| Domicilio-Calle | Ciudad | Estado | Código Postal |
|-----------------|--------|--------|---------------|
|-----------------|--------|--------|---------------|

(7) Para el registro medico por el periodo 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. |  |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Reportes de alta   | <input type="checkbox"/> Registro de sala de urgencias                     |
| <input type="checkbox"/> Reporte histórico y fisico  | <input type="checkbox"/> Registro de pacientes externos / Registro clínico |
| <input type="checkbox"/> Reporte de laboratorio  | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico                                |
| <input type="checkbox"/> Reportes de radiografías, Imágenes de resonancias magnéticas, ultrasonidos y /o barridos de TC        | <input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso                           |
| <input type="checkbox"/> El médico puede ver por computadora toda la información anterior si está disponible                   | <input type="checkbox"/> Notas de la enfermera                             |
| <input type="checkbox"/> Abstractos (todos los reportes dictados/laboratorio/radiología/electrocardiograma)                    | <input type="checkbox"/> Reportes operativos y reportes patológicos.       |
|  | <input type="checkbox"/> Resultados de Electrocardiogramas                 |
|  | <input type="checkbox"/> Consultas   |
|  | <input type="checkbox"/> Otros _____                                       |

\*\* Tarifas por copias son \$.50/pagina hasta 50 paginas + \$.25/pagina adicionales después de la 51 pagina.

\*\* Cualquier Registro Medico que no esté disponible en MyVHC Portal del Paciente estará disponible para que las solicite por una tarifa.

- (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 período(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) _____ / _____                   | _____   |
| <b>Fecha</b>   | <b>Firma del Paciente</b>            | <b>Nombre del Paciente</b>  |
| (16) _____     | (17) _____ / _____                   | _____   |
| <b>Testigo</b> | <b>Firma del representante legal</b> | <b>Nombre en letra imprenta del representante legal y relación con el/la paciente</b> |



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

121917SPN-8400-04202018

Patient Label