

**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 nombre del paciente al tiempo de tratamiento.

Punto 5: Favor de marcar una casilla para indicar el “Propósito” (Purpose) de la solicitud.  
Favor de marcar una casilla para indicar los “Medios de Entrega” (Means) en la solicitud.  
Favor de marcar una casilla para indicar el “Formato” (Format) en la solicitud.

Si el medio de formato es “Email” por favor proporcionar el correo de email en la línea abajo. Si el medio de entrega es por “Fax”, **Virginia Hospital Center solo envía facsímiles directamente a las instituciones/ oficinas médicas (no están afiliados con el hospital) 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 preparara 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 las persona identificada en esta línea.\***

Punto 7: Usted necesita indicar fechas específicas ó 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 HIPPA limitan a Virginia Hospital Center a entregar el “mínimo necesario” a las instituciones médicas. Nuestra política consiste en limitar los facsímiles a 10 paginas, incluidos el Resumen del Alta, Historial y Examen Físico, Laboratorio, Radiología (“Rayos-X...”), electro- cardiogramas e Informes/Patología de Operaciones. Si la visita fue únicamente a la sala de Emergencias, se enviara el Registro completo de la Sala de Emergencias, a menos que en su solicitud se indiquen únicamente partes específicas del mismo. El medico 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 (no están afiliados con el hospital).**

**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 Medico. 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 30 días.

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

Puntos 9-13 Puede dejar en blanco el espacio del Punto 11 si usted está de acuerdo con el 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 por favor llame al departamento de Administración de Información de Salud al (703) 558-6117.**



**INSTRUCCIONES PARA LLENAR  
LA AUTORIZACIÓN PARA LA  
ENTREGA DE INFORMACIÓN  
DEL REGISTRO MÉDICO**