

SOLICITUD DE EXPEDIENTES MEDICOS

Hospitales HCA ofrecen gratuitamente, acceso rápido a su expediente médico mediante nuestro portal del paciente **MyHealthOne.com**, Expedientes disponibles en el portal **MyHealthOne** incluyen:

Resumen de Alta Medica	Instrucciones de Alta	Resultados e Informes de laboratorio
Informe de Radiología / Imágenes	Procedimientos	Sala de Emergencia- notas de proveedor
Informes y Notas Medicas	Medicamentos	Listado de Alergias
Inmunizaciones	Diagnostico Medico/Listado de Problemas	Signos Vitales
Plan de Cuidado / Razón de Visita	Listado de Problemas/Diagnostico	Facilidades Visitadas

Para preguntas sobre acceso o como registrarse en **MyHealthOne**, favor llamar (855) 422-6625 o acceda MyHealthOne.com (presione “Create Account” en la esquina superior derecha).

De necesitar algún informe adicional de lo disponible en el portal MyHealthOne , usted puede solicitar una copia de su expediente médico llenando y enviando un formulario de autorización a nuestro Departamento Centralizado de Divulgación de Información servido por CIOX Health. HCA contrata con CIOX Health para procesar todo pedido de copias hechas por pacientes.

Que se le provee al paciente libre de costo alguno:

- Expedientes liberados directamente a su médico o proveedor de salud para continuidad de atención médica. **Proveedor puede hacer pedido a través del fax 855-901-6104**
- Expedientes para uso personal: completé el formulario de autorización y envíe por fax o correo a CIOX Health. (número de fax y dirección están en la parte superior del formulario)

• **OJO, opción para pedidos:**

- **RESUMEN** de expediente médico: Informes Redactados por Medico: Historial & Físico, Consultas, Informes de Operaciones, Resumen de Alta Médica, Resultado de Pruebas - Laboratorio, Radiología, Pruebas Cardiacas, etc.
- **PORTIONES** de expediente médico: Haga una marca al lado del documento necesitado.
- **TODOS** los documentos en su expediente: marque “Todo PHI en mi expediente médico”

Forma de Entrega:

- 1) Copias en Papel – se envía por correo a la dirección provista en el Formulario de Relevo de Información firmado
- 2) eDelivery- a través de un portal seguro. Al destinatario nombrado en el Formulario de Relevo de Información firmado- se le envía un enlace e instrucciones para acceder al portal y poder ver los documentos pedidos.

Favor llene el en el Formulario de Relevo de información completo para asegurar que se procese sin demoras

El Formulario de Autorización está disponible a través de portal del hospital bajo la etiqueta, Medical Release Forms. Pedimos de 7-10 días laborables para procesar los pedidos.

Para Contactar CIOX Divulgación de información:

CIOX – Divulgación de información
 L-V 8:00 – 5:00 CST
Tele: 866-270-2311
Fax: 855-901-6104
Email: Ciox.Nashville@parallon.com

Nashville Health Information Management ROI Form

Mail to: NSSC Ciox Release of Information, P.O. Box 290429, Nashville, TN 37229
or Fax to 855-901-6104

Sección A: Esta sección se debe completar para todas las Autorizaciones

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Teléfono del Paciente:	Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social(opcional)
Nombre del Proveedor:	Nombre del Beneficiario:		
Dirección del Proveedor:	Dirección 1:		
	Dirección 2:		Teléfono del Beneficiario:
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Solicitud de Envío (Si se deja en blanco, se le proporcionará una copia impresa): Copia Impresa en Formato Electrónico, si está disponible (por ej. dispositivo USB, CD/DVD, envío electrónico) Correo Electrónico Encriptado Correo Electrónico No Encriptado
NOTA: en el caso en que el establecimiento no pueda realizar un envío electrónico conforme se haya solicitado, se proporcionará un método de envío alternativo (por ej., copia impresa). Existe cierto riesgo de que un tercero pueda ver su Información de Salud Protegida (PHI por sus siglas en Inglés) sin su consentimiento si recibe la información mediante un método electrónico o correo electrónico no encriptados. No nos responsabilizamos por el acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato o cualquier riesgo (por ej., un virus) que haya podido ingresar a su computadora o dispositivo al recibir la PHI en formato o correo electrónico.

Dirección de Correo Electrónico:
 (si marcó la opción de correo electrónico anteriormente. Por favor escriba con letra clara)

Esta autorización expirará: (Complete la Fecha o el Evento, pero no ambos)

Fecha: _____ **Evento:** _____

Motivo de la divulgación:

Descripción de la información a utilizar o divulgar

¿Esta solicitud es para notas de psicoterapia? Si la respuesta es sí, entonces este es el único elemento que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para los otros elementos a continuación. Si la respuesta es no, entonces puede marcar todos los elementos que necesite a continuación.

Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Toda la PHI en la historia clínica <input type="checkbox"/> El formulario de ingreso <input type="checkbox"/> Informes de dictado <input type="checkbox"/> Indicaciones del médico <input type="checkbox"/> Ingesta/Evacuación <input type="checkbox"/> Estudios clínicos <input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos		<input type="checkbox"/> Información operativa <input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Estudio/Tratamiento especial <input type="checkbox"/> Tira de Ritmo (ECG) <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de traslado <input type="checkbox"/> Información de la sala de emergencias		<input type="checkbox"/> Resumen del trabajo de parto/parto <input type="checkbox"/> Evaluación de enfermería obstétrica <input type="checkbox"/> Hoja de evolución posparto <input type="checkbox"/> Factura detallada: <input type="checkbox"/> UB-04: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:	

Por la presente acepto y reconozco que la información divulgada puede contener información sobre abuso de alcohol, drogas, información genética, psiquiátrica, sobre análisis de VIH, resultados de los análisis de VIH o sobre SIDA. _____ (Inicial)

Entiendo que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria.
- Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no podrán estar condicionados a que yo firme o no esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá efecto sobre ninguna acción realizada antes de la recepción de la revocación. Puede encontrar más información en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Si el solicitante o el receptor no es un proveedor del plan de salud o de atención médica, la información divulgada ya no estará protegida por las reglamentaciones federales de privacidad y podrá divulgarse nuevamente.
- Entiendo que podré ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa razonable de copiado, si la solicito.
- Obtengo una copia del presente formulario luego de firmarlo.

Sección B: ¿La solicitud de PHI se realiza con el fin de mercadeo y/o implica la venta de PHI? Sí No

En caso de que la respuesta sea sí, el plan de salud o el proveedor de atención médica deben completar la Sección B. Si no es así, diríjase a la Sección C.

¿El receptor recibirá remuneración financiera a cambio de utilizar o divulgar esta información? Sí No

En caso de que la respuesta sea sí, describa:

¿El receptor de la PHI también podrá compartir la información a cambio de una remuneración financiera? Sí No

Sección C: Firmas

He leído el documento y autorizo la divulgación de la información de salud protegida según lo indicado anteriormente.

Firma del Paciente/Representante del Paciente:	Fecha:
Nombre del Paciente o del Representante del Paciente en letra de imprenta:	Vínculo con el Paciente:

