



# Autorización CESIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

La aplicación MyChart de Corewell Health también está disponible para ver o pedir sus expedientes médicos.



Nombre de(l)/la paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Apellido de soltera \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del número de seguro social \_\_\_\_\_ (opcional)  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### YO AUTORIZO QUE MI HISTORIA CLÍNICA SEA ENVIADA DESDE:

#### Hospitales Corewell Health West:

- Hospital Butterworth, Hospital de Niños Helen DeVos, Centro de Cardiología Meijer, Pabellón de Oncología Lemmen-Holton, Centros Quirúrgicos (East Paris, Lake Drive, Pabellón Sur)
- Hospital Blodgett       Hospital Big Rapids       Hospital Gerber       Hospital Greenville
- Hospital Ludington       Hospital Pennock       Hospital Reed City       Hospital Zeeland
- \_\_\_\_\_

#### Hospitales Corewell Health Southeast:

- Hospital Royal Oak       Hospital Dearborn       Hospital Farmington Hills
- Hospital Taylor       Hospital Trenton       Hospital Grosse Pointe
- Hospital Troy       Hospital Wayne       \_\_\_\_\_

#### Hospitales Corewell Health Southwest:

- Hospital Lakeland - St. Joseph       Hospital Watervliet
- Hospital Lakeland - Niles       \_\_\_\_\_

#### Consultorio de Corewell Health:

- Especifique consultorio o médico \_\_\_\_\_

**Otra organización:** Nombre \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### YO AUTORIZO QUE MI HISTORIA CLÍNICA SEA CEDIDA A: (Seleccione solamente una opción)

- Enviada por correo postal a la dirección indicada anteriormente, en formato:
  - Papel       Disco compacto (CD) (puede no estar disponible en todos los centros médicos)
- Portal del paciente en MyChart       Correo electrónico \_\_\_\_\_
- Otro: Nombre/Organización \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



### INFORMACIÓN SOLICITADA:

De esta(s) fecha(s) de servicio \_\_\_\_\_

#### Información:

- Resumen (Informe médico y resultados de estudios)       Antecedentes y examen físico       Informe de radiología (ver abajo para imágenes)
- Consulta       Informe de procedimiento       Expedientes relacionados con el problema específico de \_\_\_\_\_
- Resumen de alta       Cita en consultorio       Factura, tipo:  UB04       1500
- Departamento de emergencias       EEG/ECG/EMG       Factura detallada
- Antecedentes de vacunación       Informe de laboratorio       \_\_\_\_\_
- Informe de patología       \_\_\_\_\_

Sólo imágenes de radiología: Seleccione las imágenes junto con las fechas específicas de servicio a ser cedidas. Las imágenes pueden ser enviadas por disco compacto o por correo electrónico seguro (por Ambra).

#### Indique correo electrónico (arriba).

- Radiografía       Resonancia magnética       Tomografía computarizada       Medicina nuclear
- Ecografía       Mamografía       Tomografía por emisión de positrones / Tomografía computarizada       Radiología intervencionista

**Fechas:** \_\_\_\_\_ **Fechas:** \_\_\_\_\_ **Fechas:** \_\_\_\_\_ **Fechas:** \_\_\_\_\_



**AL REVERSO →**

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

DO NOT MARK BELOW THIS LINE      BARCODE ZONE      DO NOT MARK BELOW THIS LINE



## PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

NOTA: Se requiere para la cesión de la historia clínica a cualquier persona que no sea el/la paciente:

- Solicitud de(l)/la paciente  Abogado/Legal  Seguro  Atención continua de(l)/la paciente  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Si usted **no quiere ceder parte alguna de su información especialmente protegida en las categorías a continuación, marque el/los casillero(s) que corresponda(n) a esa(s) categoría(s).**

- Información acerca de enfermedades contagiosas y enfermedades contagiosas e infecciones graves, según se definen en los estatutos y reglamentos del Departamento de Salud Pública de Michigan, las que incluyen: enfermedades venéreas, tuberculosis (TB), hepatitis B, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), prueba de detección del VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), y complejo relacionado con el sida; (especificar otras, si las conoce) \_\_\_\_\_.
- Información relativa a tratamiento por abuso de alcohol y drogas, protegida por lo estipulado en el código 42 de la Reglamentación Federal, parte 2.
- Expedientes de tratamiento de salud mental, información acerca de servicios psicológicos y servicios sociales, incluyendo comunicaciones iniciadas por mí con un(a) asistente social o psicólogo/a.
- Cesión de mi resultado de prueba de ADN con respecto a un diagnóstico de \_\_\_\_\_ (como enfermedad de Huntington, cáncer mamario (BRCA1, BRCA2), cáncer de colon, riñones poliquísticos, fibrosis quística, etc.)

Yo entiendo que las instrucciones de alta e historias clínicas provenientes de otros profesionales médicos pueden ser cedidas con esta solicitud de rutina. También acepto que Corewell Health no asume responsabilidad ni obligación algunas con respecto a la exactitud o la legitimidad de la documentación / historia clínica originada por un prestador médico externo a Corewell Health.

Existe la posibilidad de que la información divulgada en el marco de lo estipulado por esta autorización sea divulgada nuevamente por el receptor y pueda no estar protegida por la ley federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*). No obstante, si alguna información en cualquiera de las categorías protegidas identificadas anteriormente es cedida de acuerdo a esta autorización, cualquier nueva cesión de dicha información puede no estar permitida por la ley. Esto incluye el código de Salud Mental de Michigan (secciones 748, 749 y 750 de la Ley Pública 258 de 1974 y sus posteriores enmiendas) y el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales, Parte II. En dicho caso, la información no puede ser copiada, compartida ni cedida nuevamente por el receptor, excepto de conformidad con el propósito autorizado indicado en este formulario.

Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, de acuerdo a lo indicado en la Notificación Conjunta de Normas de Privacidad de Corewell Health. Corewell Health no exige esta autorización como condición para proporcionar tratamiento, acceso a planes de pago o habilitación para beneficios.

Esta autorización es válida por un (1) año desde la fecha de mi firma, a menos que yo especifique otra fecha \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ Firma de(l)/la paciente o representante legal \_\_\_\_\_

Base de su autoridad legal para actuar en nombre del paciente \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Testigo

HORA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Segundo testigo (necesario si el/la paciente no puede firmar o si da permiso verbal)

## SÓLO PARA USO INTERNO (OFFICE USE ONLY)

Identification (ID) checked?  Yes  No Driver's license number \_\_\_\_\_

Copies sent:  To MyChart  Mailed  Faxed  Emailed  Picked up

Medical record number \_\_\_\_\_

Completed by \_\_\_\_\_ (print staff name)