



# TAHOE FOREST HOSPITAL DISTRICT



Tahoe Forest Hospital  
10121 Pine Avenue  
Truckee, CA 96161

HIM Fax: 530-582-1864  
HIM Correo Electrónico: HIMROI@tfhd.com

Incline Village Community Hospital  
880 Alder Avenue  
Incline Village, NV 89451-8215

## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Una vez que complete este documento autoriza que se revele o use información médica sobre usted. Si no da toda la información que se pide, es posible que se invalide esta autorización.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### La Información la Revelará:

TFH  IVCH Nombre de los Médicos: \_\_\_\_\_

### Con qué Propósito se Pide el Uso o Revelación de la Información:

Continuar la Atención Médica – Fecha de Cita con el Médico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Paciente  Seguros  Otros: \_\_\_\_\_

### Persona/Organización Autorizada Para Recibir la Información:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

### Información Médica Pedida (Seleccione todos los que se aplican)

Informes de Consulta  Historia y Examen Físico  Notas de Progreso

Resumen de Alta  Pruebas de Laboratorio  Reportes de Imágenes

Reportes de la Sala de Emergencias  Reportes de Procedimientos  Imágenes en USB

**Acceso a Expediente Médicos**  **Expedientes de Facturación**  Imágenes a Través de la Nube

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

Otros: \_\_\_\_\_

**Nota:** Los expedientes pueden incluir información relacionada con la salud mental, el consumo de drogas/alcohol y VIH/ SIDA. Sin embargo, los expedientes de tratamiento de los departamentos de salud mental, alcohol/drogas o los resultados de las pruebas de VIH no se revelarán, a menos que se pida específicamente abajo.

Expedientes de Salud Mental  Expedientes de Consumo de Alcohol/Drogas

Expedientes de Resultados de Pruebas de VIH

## **Método de Entrega de los Expedientes Pedidos**

Correo Electrónico       Los Recogen       Unidad Flash Cifrada

Destinatario de la Entrega por Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## **Duración / Revocación / Volver a Revelar**

- La autorización es efectiva por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique aquí una fecha diferente: \_\_\_\_\_ (fecha).
- La autorización se puede revocar mediante una petición por escrito, pero ninguna revocación se aplicará a la información revelada antes de recibir esta petición.
- Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original. El que suscribe tiene el derecho de recibir una copia de esta autorización.

**Aviso:** Una vez que la información médica pedida se revela, cualquier información que el destinatario revele es posible que ya no esté protegida según la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) federal.

## **Firma**

El que suscribe autoriza al proveedor médico designado abajo para revelar el expediente médico específico a un destinatario designado. El proveedor médico no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a la presentación de esta autorización.

Firma del Paciente\*: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_

\*Si el paciente no puede firmar, explique la relación con el paciente (marque una si aplica):

- Padres o tutor del paciente menor de edad que no pudo dar su consentimiento para recibir atención médica.
- Tutor o procurador del paciente incapacitado.
- Beneficiario o representante personal del paciente fallecido.

**Es posible que haya cargos por este servicio.**

## **Divulgación de Correo Electrónico Sobre el Retorno de la Inversión (ROI):**

*A pesar de los mejores esfuerzos de TFHD, existen riesgos inherentes asociados con la transmisión de información personal médica (PHI), particularmente cuando se comunica por correo electrónico. Aunque utilizamos métodos seguros para transmitir datos confidenciales, incluido el cifrado y otras salvaguardas tecnológicas, es importante reconocer que ningún método de comunicación electrónica es completamente inmune a posibles violaciones o exposición. Al firmar esta divulgación, usted reconoce que TFHD no puede garantizar una protección absoluta contra el acceso no autorizado o la interceptación durante la transmisión. Usted comprende y acepta los riesgos asociados con la transmisión de información personal médica por correo electrónico. Tenga en cuenta que un tercero puede administrar y conservar información de correo electrónico en nuestro nombre y debe cumplir con las pautas de HIPAA.*