



Solicitud del Paciente de Informes Médicos

Legacy Health Release of Information, P.O. Box 2868, Portland OR 97208, FAX (855) 892-7124

Escriba en letra de imprenta clara - Para llenar este formulario, consulte las instrucciones en el reverso.

Si no sigue las instrucciones, se puede producir una demora en el procesamiento.

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? Sí No

2. FUENTE DE DONDE PROVENDRÁ LA INFORMACIÓN (SELECCIONE SOLO UN CENTRO POR FORMULARIO COMPLETADO)

- LEGACY EMANUEL MEDICAL CENTER/ INCLUIDO RANDALL CHILDRENS HOSPITAL
- LEGACY SILVERTON MEDICAL CENTER
- LEGACY GOOD SAMARITAN MEDICAL CENTER/ INCLUIDO RIO
- LEGACY MT HOOD MEDICAL CENTER
- LEGACY MERIDIAN PARK MEDICAL CENTER
- LEGACY SALMON CREEK MEDICAL CENTER
- LEGACY MEDICAL GROUP (especifique clínica) _____
- UNITY BEHAVIORAL HEALTH
- PROVEEDOR(ES) DE ATENCIÓN DE SALUD DE LEGACY (especifique) _____

3. INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

Fecha desde: _____ hasta: _____

- Informes del Departamento de Emergencias
- Vacunas
- Apuntes clínicos de LMG
- Resúmenes de alta
- Informes de laboratorio/patología
- Registros de facturación
- Informes de antecedentes y aptitud física
- Informes de radiología
- Notas de evolución del hospital
- Imágenes de radiología – solo disponible en disco
- Otro (especifique) _____

4. FORMATO DE LOS INFORMES (SELECCIONE SOLO UNO)

- Correo electrónico
- MyHealth (se requiere cuenta MyHealth activa)
- CD (solo compatible con PC)
- DVD (solo compatible con PC)
- Papel

5. MIS DERECHOS

En caso de elegir que mis informes médicos se envíen a otra persona que no sea yo, entiendo que **debo escribir mis iniciales** junto a los siguientes ítems **únicamente si deseo que tales datos se divulguen con esta solicitud**:

- _____ Datos o informes sobre salud mental (Oregon solamente)
- _____ Datos o informes sobre análisis genéticos (Oregon solamente)
- _____ Resultados positivos de prueba de VIH y diagnóstico de VIH
- _____ Otras enfermedades de transmisión sexual (Washington solamente)
- _____ Datos sobre tratamiento o remisiones por consumo de drogas o alcohol. Para cumplir con las regulaciones federales, describa la cantidad y el tipo de información sobre drogas o alcohol que se podrá divulgar: _____

Legacy Health puede denegar esta solicitud, en situaciones limitadas, según lo estipulan las regulaciones federales sobre el uso y la divulgación de información de salud protegida. Entiendo que, excepto que las leyes vigentes estipulen lo contrario, ante la denegación de mi solicitud tengo derecho a una revisión de parte de un facultativo independiente con licencia, seleccionado por Legacy Health, que no haya participado en la decisión de denegar mi solicitud. **Los pacientes que reciban sus propios informes deberán pagar de acuerdo con las pautas de la ley HIPAA. Otras partes u organizaciones que reciban informes para fines legales o comerciales deberán pagar la tarifa del estado para terceros permitida por ley.* El paciente que completa esta solicitud de informes es responsable de notificar a los destinatarios legales o comerciales que recibirán una factura por las tarifas mencionadas anteriormente.** Los informes médicos se enviarán por correo a la dirección que figura en la sección 1, a menos que se indique lo contrario en la sección 6. Los informes solamente se envían a una dirección, que es la que figura en el formulario de solicitud.

6. DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN

Yo mismo (Seleccione SOLO una opción) Envíen mis informes a la dirección que aparece arriba Envíen mis informes a mi cuenta MyHealth activa**

Envíen los informes por correo electrónico a mi dirección _____

Envíen mis informes a:

Organización/persona* _____ Relación con el paciente: _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____ Teléfono _____

Fax _____ Envíen los informes al correo electrónico _____

7. FIRMA

Firma del paciente o representante de atención de la salud del paciente _____ Fecha _____
(Si no está firmado por el paciente, lea la información en el reverso). (Obligatoria) (Obligatoria mm/dd/aaaa)

Nombre en letra de imprenta de la persona que firma este formulario _____ Relación con el paciente _____
(Obligatoria) (Obligatoria)

PACIENTE MENOR DE EDAD (de 13 a 17 años) _____ Fecha _____
(Es obligatoria también la firma del menor de edad si tiene entre 13 y 17 años) (Obligatoria mm/dd/aaaa)

FOR RADIOLOGY DEPT USE ONLY (CIRCLE ONE) - The request has been completed – Yes or No
If “Yes” place in the scanning folder; If “No” fax to ROI Vendor MRO Corp at (855) 892-7124

Solicitud del Paciente de Informes Médicos - Instrucciones

Instrucciones – Escriba en letra de imprenta clara – Si el formulario no se llena en su totalidad, se puede producir una demora en el procesamiento de su solicitud.

- **DATOS DEL PACIENTE** – Escriba en letra de imprenta el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección postal completa y el número de teléfono.
- **FUENTE DE DONDE PROVENDRÁ LA INFORMACIÓN** – Seleccione un Legacy Medical Center O el nombre de la clínica Legacy Medical Group O escriba el nombre de su proveedor de Legacy que quisiera que divulgue sus informes.
- **INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ** – Agregue un rango de fechas y especifique el tipo de información que usted quisiera que se divulgue. Si lo que busca no está en la lista, agregue la información que desea en el renglón “Otro”.
- **FORMATO DE LOS INFORMES** – Seleccione CD, DVD, MyHealth** o papel. Si no selecciona ninguno, recibirá los informes en papel. Si selecciona MyHealth*, los informes se le enviarán directamente a su cuenta en MyHealth. Tenga en cuenta que, si selecciona esta opción, deberá tener una cuenta activa en MyHealth. Si no tiene una cuenta en MyHealth, comuníquese con el Servicio al Cliente de MyHealth de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., al 503-415-4835 (OR) o 360-487-1075 (WA).
 - **Tenga en cuenta lo siguiente:** Nuestro proceso estándar para divulgar informes electrónicos es enviar los informes por una vía segura. Para los informes solicitados en CD, protegemos los archivos PDF y, en una carta aparte, enviamos la contraseña que permite abrir los informes. En el caso del correo electrónico, enviamos los informes a través de un enlace seguro. Después de hacer clic en el enlace, se le pedirán las características demográficas del paciente solicitado y se le dará la opción de descargar los informes que se enviarán a través de un sitio de intercambio protegido. Asimismo, el envío de registros a su cuenta de MyHealth está protegido con la contraseña de su cuenta.
- **MIS DERECHOS**
 - La información especialmente protegida en la Sección 5 solo se divulgará si escribió sus **iniciales**.
 - Los pacientes que reciban sus propios informes deberán pagar de acuerdo con las pautas de la ley HIPAA.
 - Otras partes u organizaciones que reciban informes para fines legales o comerciales deberán pagar la tarifa del estado para terceros permitida por ley. Puede ver las tarifas de Oregon en “ORS 192.563”. Puede ver las tarifas del estado de Washington en “RCW 70.02.010”.
 - **Los pacientes que completan esta solicitud de informes son responsables de notificar a los destinatarios legales o comerciales que recibirán una factura por las tarifas mencionadas anteriormente.**
- **DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN** – Especifique a quién desea que se divulgue la información y su relación con usted. Debe incluir una dirección postal completa y un número de teléfono de contacto. Número de fax o correo electrónico, según corresponda.
- **FIRMA** – Firme e indique la fecha de la firma.
 - **Si la persona que firma este formulario no es el paciente**
 - Si el paciente es mayor de 18 años, el paciente debe firmar y fechar el formulario.
 - Si el paciente es mayor de 18 años e incapaz de firmar,
 - El representante personal conforme a la ley HIPAA (45 CFR §164.502(g)(1)) puede firmar y fechar el formulario. Un abogado del paciente no es un representante personal conforme a la ley HIPAA a menos que se lo haya designado específicamente para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente.
 - Indique su relación con el paciente (tutor, representante de atención médica o poder legal para la atención médica) e incluya documentación que respalde tal relación.
 - Si el paciente es un menor de entre 13 y 17 años, se requiere la firma del menor.

Tarifas para pacientes que solicitan sus propios informes:	
Papel o formato electrónico:	\$ 6.50 tarifa plana
Informes que se pueden enviar a su cuenta MyHealth* (ver a continuación)	Sin cargo

*** Para esta opción, usted debe tener una cuenta activa en MyHealth. Además, tenga en cuenta que solo los informes de 2011 en adelante para la mayoría de los hospitales y clínicas Legacy Health están disponibles en nuestro registro médico electrónico y se pueden enviar a MyHealth.**

Envíe el formulario lleno a: Legacy Health Release of Information P.O. Box 2868 Portland, OR 97208	<input type="radio"/> Número de fax: 855-892-7124 <input type="radio"/> Correo electrónico: LegacyROI@mrocorp.com
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si tiene preguntas, comuníquese con la oficina de Divulgación de Información de Legacy al 503-413-2762 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. (excepto los días festivos principales)

Las solicitudes de los pacientes se procesan en el orden en que se reciben. Tenga en cuenta que puede tardar hasta 15 días procesar las solicitudes para el centro de Washington y hasta 30 días para los centros de Oregon. Hacemos todo lo posible para completar las solicitudes de manera oportuna.