



Health Information Management Department  
Tel: (914) 682-6416 Fax: (914) 682-6415  
medicalrecords@westmedgroup.com

## Instrucciones para Completar la Autorización para la Divulgación de Información Médica

**Pacientes/Representantes necesitan leer cuidadosamente y completar todas las secciones antes de firmar y fechar el documento para asegurar que la autorización tenga validez.**

### 1. Información del Paciente:

Por favor, completar todas las secciones de información del paciente. (Nombre, Teléfono, Fecha de Nacimiento, Dirección, Ciudad, Estado, y Código Postal).

### 2. Autorizar Información Médica:

A. Designa, cuál oficina médica, y/o médico (s) se les puede divulgar (copiando y mandando) los registros médicos.

B. Incluya el nombre, la dirección, el teléfono de la organización o persona a quien quiere que los registros médicos sean mandado.

### 3. Descripción/Registros Médicos para ser Divulgado:

A. Por favor incluya las fecha (s) de servicios de los registros médicos que quiere que sean divulgados. (fechas cuando el paciente fue visto en la oficina o clínica.)

B. Por favor, especifique que información de los registros médicos están siendo pedido, o especifique si prefiere "todos los registros médicos".

C. Si quiere incluir información sensible, en su autorización indique seleccionas marcando la casilla correspondiente.

### 4. Razón/Propósito:

A. Compruebe la razón por la cual está dando permiso para que los registros médicos sean divulgados.

B. Autorización Vencimiento: La Autorización vence en 6 meses, o al menos que una otra fecha sea especificada. ( Usted puede dejar esta sección en blanco)

### 5. Leer y Firmar por el Paciente:

A. Lea las Declaraciones de derecho del Paciente.

B. Seleccione el formato que prefiere recibir la información: Copia Impresa, CD/DVD, correo electrónico (*Pued ver limitaciones del tamaño archivado por correo electrónico*)

C. La tarifa de las copias están especificada incluyendo precios para copias de Radiografía.

D. Por favor escriba su nombre y firme, incluyendo la fecha para confirmar la divulgación de información médica que está siendo pedido.

**\*\*Tenga en cuenta que un cargo puede ser cargado por la copia(s) de expediente médico.\*\***

**\*\* No podemos aceptar formas con información tachada o mamarrachada de ninguna manera\*\***

**\*\*Si no es el paciente, entonces proporcione una copia de la documentación legal apropiada\*\***

### 6. Obteniendo Sus Registros Médicos:

Registros Médicos son enviados a la dirección indicada en la autorización. Si hay una tarifa para la copia, entonces una factura va ser mandada a la dirección. EL registros médicos van a ser mandado después que el pago sea recibido. \*Para un proceso más rápido, puede llamar a la oficina y pagar por tarjeta de crédito.\*

Para recibir sus expediente médico en persona (menos de 15 páginas) ofrecemos el opción en ubicaciones específica. Por favor visítanos en el internet para información de nuestro horarios de operación y ubicaciones.



Health Information Management Department  
 2700 Westchester Ave., Purchase, NY 10577  
 Tel: (914) 682-6416 Fax: (914) 682-6415  
 medicalrecords@westmedgroup.com

## AUTORIZACIÓN para la divulgación de información médica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ el correo electronico: \_\_\_\_\_

Dirección del pacient: Calle, ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**Por medio del presente, autorizo a Westmed Medical Group a divulgar mi información médica a:**

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

Dirección: Calle, ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

- Dr.** \_\_\_\_\_  **Todos los profesionales medico de Westmed Medical Group**
- Descripción de la información que se divulgará** (porfavor especifiqu y incluir fechas): \_\_\_\_\_
- Resumene de expediente medicos** (incluir notas de oficina, resultados de laboratorio, radiología, patología y pruebas diagnosticas) : \_\_\_\_\_
- Todos los registros medicos** (proceso puede llevar hasta 10 dias) en adición a el resumene incluir (seleccionas marcando la casilla correspondiente):
- \_\_\_ Historia de cuenta      \_\_\_ Notas de telefono    \_\_\_ correos electronico del paciente      \_\_\_ exepientes recibido de otro medicos
- \_\_\_ Tratamiento de alcohol/ droga    \_\_\_ Informacion relacionada con VIH y resultados de exámenes    \_\_\_ Tratamiento de salud mental (excepto notas de psicoterapia)

**MOTIVO PARA EL USO O DIVULGACION SOLICITADOS:**

- Para uso personal     Motivos legales     Segunda oninión     Cambio de profesional de atención médica     Seguro de compensacion laboral
- Otros motivos (especifique) \_\_\_\_\_

Esta autorización se vence en 6 meses despues de la fecha de firma si no se indica orta fecha o evento anteriormente indicado aqui: \_\_\_\_\_

**EL PACIENTE DEBE LEER Y FIRMAR LO SIGUIENTE:**

Comprendo lo siguiente:

- a. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento si envío una notificación escrita al consultorio médico.
- b. Nu puedo revocar esta autorización si el consultorio médico ya ha realizado acciones en base a esta autorización o si se obtuvo la autorización como una condición del acceso a la coverture de un seguro.
- c. El consultorio médico no condicionará el tratamiento ni el pago en base a que yo firme esta autorización.
- d. Firmo esta autorización libremente y sin que haya sido sometido a ninguna presión por parte de ninguna persona para hacerlo.
- e. La información divulgada en esta autorización puede estar suheta a divulgación por parte del consultorio médico y tal divulgación no está protegida por las leyes federales.
- f. Reconozco que he tenido la oporunidad de revisar esta autorización y comprendo su propósito y uso. Se han contestado mis preguntas sobre el formulario, de manera satisfactoria.Solamente si escribo mis letras iniciales en los casilleros anteriores correspondientes, autorizo específicamente la divulgación de tal información a las personas indicadas, la cual incluirá la divulgación de información relacionada con ALCOHOLISMO y EL ABUSO DE ESTUPEFACIENTES, y de INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH y TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL (excepto las notas de psicoterapia).
- g. Si autorizo la divulgación de la información relacionada con el tratamiento del VIH, alcoholism y abuso de estupefacientes, las personas que recibas tal información no la podrán divulgar a terceros sin mi autorización , excepto si lo permite las leyes federales o estatales. Comprendo que tengo el derecho de solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar la información relacionada on el VIH, sin una autorización previa. Si considero que he experimentado discriminación debido a la divulgación de información relacionada con VIH, puedo ponerme en contacto con la División de Derechos Humanos del estado de Nueva York (New York State Division of Human Rights), cuyo teléfono es (212) 480-2493, o con la Comision de Derechos Humanos del estado de Connecticut (Connecticut Commission of Human Rights), cuyo teléfono es (860) 541-3400. Estas agencias están a cargo de proteger mis derechos.
- h. Puedo revisar y/o recibir una copia de la información que ha sido autorizada para divulgación en base a esta autorización .
- i. Mis registros médico s pueden tener información de pruebas genéticas incluyendo sus resultados.

**FORMATO:** por favor seleccione no mas uno (puede aplicarse cargos)  Copia impresa     CD/DVD     Correo Electronico Cifrado

**Cargos para las copias de radiología:**  \$15 por placas radiograficas     \$5 por CD más el costo del envio     \$5 por CD de ecocardiograma o de medicina nuclear

Firma del paciente	Fecha	
En caso del que el paciente sea menor de edad: Por medio del presente, declare que soy el padre biologico o adoptivo / la madre biológico o adoptiva o el tutor legal de tal menor de edad y que no hay ninguna orden judicial que limite ni prohíba mi acceso a tales registros médicos.	Relación	Fecha
Firma del representante del paciente:		

**SOLAMENTE PARA UDO DE LA OFICINA:**

I.D. Verified: Type \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_ DF08192A



## PRECIOS PARA COPIAS DEL EXPEDIENTE MEDICO

### Copias Para Pacientes O Representates Del

#### Paciente: Copias de impresa

1-15 Paginas	Gratis
16-50 Paginas	\$6.50 incluyendo el precio de materiales y envio
>50 Paginas	\$0.20 Por pagina incluyendo el precio de materiales y envoi**

#### Copias Digital (Correo Electronico cifrado/ CD/ DVD)

- *Pued ver limitaciones del tamnio archivado por correo electronico.*

1-15 Paginas	Gratis
16-50 Paginas	\$6.50 incluyendo el precio de materiales y envio
>100 Paginas	\$0.08 Por pagina incluyendo el precio de materiales y envoi**

Imagines de Mamografia	Gratis
Imagines de Radiologia	\$5.00
Imagines de Cardiologia	\$5.00
Placas de Radiologia	\$15.00 por placa

**Mi Westmed** El portal web de pacientes tien acceso 24/7 a alugun resultados laboratorio (ordenado y analizado por proveedor de Westmed) radioloco y lista de medicamentos y alergia.

### Copias Para un Tercer Parte:

Copias en forma impresa y digital (papel, correo electronico cifrado, CD/DVD/ PortalWeb de Tercer

Parte)

\$0.65 por pagian

Envio directo a un Doctor para el seguimiento del tratamiento: Copias en forma digital y impresa son gratis.

\*\* Puede haber cargos adicionales por servicios de UPS para un numero de seguimiento y UPS urgente.