ASANTE

INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESTE FORMULARIO

Este formulario se utiliza a fin de autorizar a Asante para que divulgue una copia de los registros a otra persona que no sea usted o su representante personal.
La información de identificación del paciente debe llenarse. Si falta información, es posible que le devuelvan el formulario.

Incluya la siguiente información:

- Nombre del paciente (en letra de molde clara)
- Otros nombres que el paciente ha usado. Si no hay ninguno, deje el espacio en blanco.
- Número de registro médico (si se conoce)
- Fecha de nacimiento
- Número de teléfono donde se puedan comunicar con usted durante el día.
- Dirección del domicilio
- Ciudad local, estado y código postal

El propósito o la necesidad de la sección de divulgación de información:
Indique el propósito de la divulgación de información encerrando en un círculo una de las opciones enumeradas o escribiendo un propósito.

Ejemplos de lo que podría escribir junto a la opción “otro”:

- Solicitud de seguro
- Reclamo de seguro
- Asunto legal
- Beneficios
- Escuela
- Transferir a otro profesional de la salud
- Atención médica del paciente, etc.
- *(Para uso personal* puede utilizarse sólo si se le está entregando la historia clínica a usted *y sírvase utilizar el formulario de Solicitud de Paciente para obtener una copia de la historia clínica).*

Sección del formato en el que deseo recibir mis registros
Sírvase indicar el tipo de medio y la preferencia de entrega. Si no se marcan opciones, el formato predeterminado será en CD y se entregará al servicio postal de los Estados Unidos (USPS).

Información que se divulgará por parte de
Escriba el nombre y la dirección de quién tiene la información que desea divulgar, indique específicamente cuál es el hospital o clínica. *Si no se especifica, puede haber un retraso para finalizar este pedido.*

Información que se divulgará a
Indique el nombre, la dirección, el fax y el número de teléfono donde desea que se envíe la información.
Si no se especifica, puede haber un retraso para finalizar este pedido.
Escriba el nombre o la empresa a quién le toca recibir la información. Incluya:

- Nombre o empresa
- Cargo de la persona que recibirá la información. Ejemplos: abogado, médico, etc.
- Teléfono de la persona o empresa que recibirá la información
- Dirección de quién recibirá la información
- Ciudad, estado y código postal de quién recibirá la información

Información que se divulgará

- Coloque una “X” junto a la información que desea divulgar.
- Al marcar Todas las historias clínicas permitirá la divulgación de los registros necesarios para responder a su solicitud a menos que sea información confidencial.
- Al marcar la opción "otro", usted deberá describir exactamente lo que desea que se divulgue.
- Ejemplos: todas las historias clínicas relacionadas con mi lesión en la espalda, o toda la información necesaria para llenar el formulario adjunto, etc.
- COLOQUE SUS INICIALES para cualquier información confidencial protegida por la ley que desea que se divulgue. Estos informes no se divulgarán si no se marcan.

En lo que se refiere a las películas o placas de rayos X, las imágenes por resonancia magnética (MRI) u otros diagnósticos por imágenes, si desea películas/imágenes reales, debe dirigir su pedido directamente al departamento de Diagnóstico por Imágenes. Para mayor información, llame al número Medford 541-789-7154, Grants Pass 541-472-7140, Ashland 541-201-4377

Sírvase incluir la fecha de vencimiento en el formulario de Autorización de divulgación de información.

Para revocar una autorización, envíe una carta a HIS en uno de los locales de Asante.

ASANTE®

Rogue Regional Medical Center &
Asante Physician Partners
Health Information Services
2825 E. Barnett Road
Medford, Oregon 97504
Teléfono: 541-789-4206 Fax: 541-789-4510

Three Rivers Medical Center
Health Information Services
500 S.W. Ramsey Avenue
Grants Pass, Oregon 97527
Teléfono: 541-472-7133 Fax: 541-472-7129

Ashland Community Hospital
Health Information Services
280 Maple Street
Ashland, Oregon 97520
Teléfono: 541-201-4076 Fax: 541-488-7413

Nombre del paciente:_____

Nombre anterior (si corresponde) _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección:_____ -------__ Ciudad_____ Estado_____ Código postal ----------

Teléfono:_____ Correo electrónico: _____

UTILIZARSE PARA DAR AUTORIZAR A ASANTE PARA DIVULGAR UNA COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

El propósito o la necesidad de divulgar información: (Encierre en un círculo la opción deseada o escriba la razón después de la opción "otro" :)

Compañía de seguros Abogado Uso legal Continuar atención médica Otro:

Cómo le gustaría recibir su historia clínica: (Encierre en un círculo la opción deseada)

De forma electrónica: disco Memoria USB Correo electrónico/codificado correo electrónico/no codificado My Chart, papel, fax _____
Otro: _____ Si corresponde, elija una opción: recoger personalmente, por correo

Si seleccionó la opción de correo electrónico, entonces elija una de las siguientes opciones:
☐ Correo electrónico (no codificado) Nota: Entiendo que el correo electrónico no codificado aumenta el riesgo de que la información sea leída por un tercero no autorizado y que otra persona lea o tenga acceso a la información mientras se transmite
☐ Correo electrónico (codificado) Nota: los correos electrónicos codificados requieren un proceso de registro al recibir el primer correo electrónico.

Información que se divulgará POR PARTE DE:	**Información que se divulgará A:**
Nombre de organización:	Nombre, título, organización, proveedor o abogado ETC.
Dirección Ciudad, Estado, Código postal	Dirección Ciudad, Estado, Código postal
Teléfono Fax	Teléfono Fax

Información que se divulgará/liberará: ¿qué registros desea? [A continuación, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)]:

Fecha del servicio: ____/_____/_____ hasta ____/____/_____ Fecha de visita al Departamento de emergencias: ____/____/____ ☐ Estados de cuenta
☐ Antecedentes médicos de los últimos 2 años ☐ Notas de la hoja clínica del consultorio ☐ Historia clínica necesaria para continuar con la atención médica
☐ Reporte (s) operativo (s)
☐ Instrucciones y resumen de alta ☐ Informe de chequeo médico y antecedentes médicos ☐ Registros de terapia física

Resultados de las pruebas, sírvase indicar: _____La **información solicitada se limita a:** tratamiento para: _____
(Resultados de rayos X, patología/laboratorio)
Otro (Registros de inmunización, listas de medicamentos), sírvase especificar: _____
☐ Sírvase enviar la historia clínica completa (toda la información) al destinatario mencionado anteriormente. El destinatario entiende que este registro puede ser voluminoso y acepta pagar todos los cargos razonables asociados con el envío de este registro.

IMPORTANTE- información confidencial: Al poner mis iniciales en el (los) espacio(s) de abajo, autorizo específicamente la divulgación de lo siguiente:

☐ Resultados de la prueba de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) ☐ Registros psiquiátricos (salud mental) ☐ Registros de prueba genética

Sus derechos como paciente de Asante

No es necesario que firme este formulario para recibir los beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, usted debe firmar un formulario de autorización: para formar parte de un estudio de investigación o para recibir atención médica cuando la finalidad sea crear información de atención médica para un tercero. Usted tiene el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Una vez que anule su autorización, la información descrita anteriormente es posible que ya no se utilice ni se divulgue para los fines que se describen en esta autorización. Cualquier uso o divulgación ya realizada con su permiso no se puede anular. Para revocar esta autorización, envíe una declaración por escrito a los Servicios de Información de Salud (Health Information Services). Preferimos que use la Revocación de Autorización para la Divulgación del Paciente Protegido disponible en Asante.org o disponible en una de nuestros locales.
A menos que se revoque o usted proporcione una fecha de vencimiento, esta autorización caducará en 12 meses. Fecha de caducidad: _____

Firma del paciente o el representante personal _____ Fecha_____

Descripción de la autoridad del representante personal _____

Notice of Nondiscrimination

ASANTE®

Asante complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of age, race, ethnicity, gender, gender identity, religion, sexual orientation, education, veteran status, disability, socioeconomic background or any other attribute. Asante does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

This statement is in accordance with the provisions of Title VI of the Civil Rights Act of 1964, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, Section 1557 of the Patient Protection and Affordable Care Act and regulations of the U.S. Department of Health and Human Services issued pursuant to these statutes at Title 45 Code of Federal Regulations Parts 80, 84 and 91.

Asante:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters or video remote interpreting services
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters or video remote interpreting services
- Information written in other languages

If you need these services, ask your health care provider. You may also contact the Resource Management Department or the hospital's house supervisor.

If you believe that Asante has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of age, race, ethnicity, gender, gender identity, religion, sexual orientation, education, veteran status, disability, socioeconomic background or any other attribute, you can file a grievance with:

Asante corporate compliance officer
2650 Siskiyou Blvd., Medford, OR 97504
(541) 789-5104; TDD or State Relay (541) 789-7104

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal at *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave., SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 541-789-5322; TTY: 541-789-7104.

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 541-789-5322 (TTY: 541-789-7104).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 541-789-5322 (TTY: 541-789-7104).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務. 請致電 541-789-5322 (TTY: 541-789-7104).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 541-789-5322 (телетайп: 541-789-7104).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 541-789-5322 (TTY: 541-789-7104) 번으로 전화해 주십시오.

Ukrainian: УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 541-789-5322 (телетайп: 541-789-7104).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます 541-789-5322 （TTY:541-789-7104）まで、お電話にてご連絡ください.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 5417895322
رقم هاتف الصم والبكم: (TTY: 541-789-7104)

Romanian: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 541-789-5322 (TTY: 541-789-7104).

Mon-Khmer, Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 541-789-5322 (TTY: 541-789-7104)។

Cushite (Oromo): XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 541-789-5322 (TTY: 541-789-7104).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 541-789-5322 (TTY: 541-789-7104).

Persian (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با
541-789-5322 (TTY: 541-789-7104) تماس بگیرید.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 541-789-5322 (ATS: 541-789-7104).

Thai: เรียน: ถ้าคณพดภาษาไทยคณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 541-789-5322 (TTY: 541-789-7104)