



## CÓMO SOLICITAR UNA COPIA DE SUS REGISTROS MÉDICOS O DE LAS IMÁGENES DE SUS EXÁMENES RADIOLÓGICOS

Para solicitar a una copia de sus registros médicos a Rockingham Memorial Hospital, que incluye las clínicas médicas de RMH, deberá llenar un formulario de autorización en el reverso de este paquete.

Lea toda la autorización antes de llenar el formulario con la siguiente información:

- Nombre del paciente, fecha de nacimiento, número de Seguro Social y número de teléfono en letra de molde
- Nombre de la persona, dirección y teléfono de la persona u organización que recibirá los registros
- Propósito de la información solicitada
- Si se incluirá alguna información delicada, marque las casillas que correspondan
- Marque las casillas de los registros o informes y las fechas que está solicitando
- Su firma o la firma de un representante legal
- Si la firma es de un representante legal, indique la relación con el paciente
- Escriba el nombre del representante del paciente en letra de molde, si corresponde
- Fecha en que se firmó

La autorización es válida por un año desde la fecha de la firma, a menos que se indique de otra manera en el formulario de autorización.

El RMH cobra las copias de los expedientes médicos como sigue:

- Pacientes: de 1 a 20 páginas sin costo; más de 21 páginas, \$.30 por página
- Para todos los demás solicitantes el cargo dependerá de lo permitido por la ley federal y estatal

Envíe el formulario de autorización completo por correo o en persona:

RMH  
Release of Information, HIM Dept.  
2010 Health Campus Drive  
Harrisonburg, VA 22801

O bien, RMH  
Release of Information, HIM Dept.  
3320 Emmaus Road  
Harrisonburg, VA 22801

O envíenos un fax a:

RMH, Release of Information, 540-564-7274

Comuníquese con Release of Information, Health Information Management (HIM) (Divulgación de información, Departamento de Administración de información médica) al 540-564-7275 si tiene alguna pregunta.

Horario de atención de Release of Information: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Cuando recoja las copias de sus registros médicos, asegúrese de tener:

- Identificación con foto
- Si en su lugar, otra persona recogerá las placas/CD, asegúrese de escribir una nota de autorización. La nota debe incluir el nombre de la persona que las recogerá y debe estar firmada por usted. La persona que recoja la placa también deberá presentar una identificación con foto.

**Tenga en cuenta:**

El procesamiento de las solicitudes de copias de registros médicos se completa en la oficina principal Release of Information en Departamento de HIM ubicado en 3320 Emmaus Road, Harrisonburg, VA. Un Especialista de Release of Information también se encuentra en la recepción principal del hospital, en 2010 Health Campus Drive, Harrisonburg, para asistir a los pacientes de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

**Departamento de imágenes, placas/CD/transferencia electrónica**

Para solicitar copias adicionales de esta publicación, por favor llame al 540-689-1500.

Cuando llame, tenga lista la siguiente información para proporcionarla al personal:

- El nombre del médico o la ubicación a donde se llevarán las placas/CD
- Fecha en que las placas deben estar listas
- Qué estudio por imágenes se necesita

Cuando recoja las placas/CD asegúrese de tener:

- Identificación con foto
- Si en su lugar, otra persona recogerá las placas/CD, asegúrese de escribir una nota de autorización. La nota debe incluir el nombre de la persona que las recogerá y debe estar firmada por usted. La persona que recoja la placa también deberá presentar una identificación con foto.

**Tenga en cuenta:**

Ofrecemos transferencia electrónica de imágenes para la University of Virginia y Augusta Health.

Cómo llegar a Imaging (Servicios de Imágenes):

- Estacionese en el estacionamiento A.
- Ingrese por la entrada principal y gire a la izquierda.

- Pase por Coffee Cup, y la siguiente sección a la derecha es Imaging.

Horario de Imaging para recoger películas: De lunes a viernes de 6:00 a.m. a 8:00 p.m., sábado y domingo de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Revisado 10/11/2011



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN O INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Issued: 05/08  
Form: 1606  
Revised:



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Autorizo al Rockingham Memorial Hospital a usar o divulgar me información de salud según se describe a continuación:

- Divulgar la información a: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona u organización que recibirá la información
- Recibir información de: \_\_\_\_\_
- Intercambiar información de salud de manera constante con: \_\_\_\_\_  
Teléfono y fax o dirección de la persona u organización que recibirá la información
- Tomar fotografías de: \_\_\_\_\_

### Propósito de la divulgación:

- Solicitud del paciente
- Atención médica
- Verificación de nacimiento
- Otros: \_\_\_\_\_

### Información delicada: (A continuación el paciente debe marcar específicamente cuál información se puede incluir).

- Atención psiquiátrica o evaluación psicológica
- Información de pruebas de VIH y SIDA
- Información relacionada con el abuso de alcohol y drogas
- Notas de psicoterapia

### Los registros o informes específicos que pueden ser divulgados incluyen:

- Resumen del alta - Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Rayos X, Informe de diagnóstico por imágenes- Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Historial y exámenes físicos - Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Laboratorio - Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Registros del Departamento de emergencia - Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Informe de operaciones - Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Consultas - Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Informe de patología- Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Notas de consulta de los médicos de RMH - Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Registro de facturación- Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Expediente completo - Fecha(s) \_\_\_\_\_
- Otros, especificar - Fecha(s) \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización es voluntaria. No firmar este formulario, no afectará mi atención médica en RMH ni el pago de la misma, a menos que esté recibiendo tratamiento sólo con el propósito de proporcionar información médica a un tercero, tal como mi empleador. Entiendo que para cancelar esta autorización puedo enviar una solicitud por escrito a Release of Information (Divulgación de la información), Health Information Management Department (Departamento de Administración de Información Médica), pero no afectará la información que ya haya sido divulgada antes del aviso de cancelación de la autorización. Entiendo que esta autorización tendrá vigencia durante un año a partir de la fecha en que la firme, o hasta el \_\_\_\_\_ (no debe exceder de un año). Entiendo que una vez sea divulgada mi información, ya no estará protegida por las regulaciones federales de confidencialidad. La información sobre alcohol, drogas, VIH, CRS o SIDA, si existe, se divulgará según mis indicaciones anteriores. Entiendo que esta información está protegida por las leyes federales y estatales de confidencialidad y no puede divulgarse sin autorización, a menos que lo exija o permita la ley.

Entiendo que me cobrarán las copias de los expedientes médicos.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de autorización

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**RECORDATORIO:** Consulte la Política de divulgación de información del RMH antes de divulgar la información de un menor de 14 a 17 años de edad.

Si no firma el paciente, indicar razón:

- Menor de edad
- Fallecimiento
- Incompetencia
- Otro: \_\_\_\_\_

For office use only: M# \_\_\_\_\_ V# \_\_\_\_\_