

Información importante sobre este formulario traducido

Lea esta página antes de repasar su formulario

Está recibiendo:

- Una **versión traducida** de este documento para su **repaso y comprensión**, y
- Una versión en inglés del mismo documento, que es el **formulario oficial**.

¿Por qué recibo una copia traducida?

El documento traducido se proporciona para ayudarlo a entender la información en el formulario. Está destinado a apoyar la comunicación clara y la toma de decisiones informada.

¿Qué formulario necesito firmar o enviar?

☒ **Solo la versión en inglés de este formulario puede firmarse y enviarse para su procesamiento.**

La versión traducida es solo para referencia y no es procesada.

¿Qué debo hacer si tengo preguntas?

Si tiene preguntas o quiere ayuda para comprender el formulario, comuníquese con Health Information Management, Release of Information Services al 203-688-2231. Hay disponible asistencia lingüística gratuita.

Autorización para revelar información (Authorization for Release of Information)

Nombre legal del paciente: _____
(Apellido) (Primer nombre) Inicial del segundo nombre Nombre preferido
(Nombre antes del matrimonio/Otro nombre)

Fecha de nacimiento: _____ **Teléfono:** _____ **Email:** _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

El propósito de esta información es: ☐ Uso personal ☐ Continuación de la atención ☐ Legal ☐ Discapacidad
☐ Compensación de trabajadores ☐ Elegibilidad/Beneficios de seguro ☐ Reclamo de seguridad social
☐ Beneficios de veteranos ☐ Otro _____

Revelar información de mi expediente médico a:

Nombre: _____		Teléfono: _____	
Dirección: _____			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Método de envío: (Elegir solo uno)			
☐ Portal MyChart para pacientes (debe tener una cuenta activa. Para activar la cuenta visite mychart.ynhhs.com)			
☐ Correo ☐ Fax (escriba el número de fax): _____			
☐ Email seguro: _____		☐ Recogida/Entrega en persona Formato: ☐ CD-ROM	

Información médica solicitada:

Fecha de los servicios: _____ **O rango de fecha del:** _____ **Al:** _____

- ☐ Resumen de ingreso en el hospital (incluye: Historia y examen físico, resumen del alta, reporte de consultas, reporte del ED, reporte de operaciones, reporte de patología, resultados de análisis de laboratorio, reporte de radiología)
- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Reporte de consultas | ☐ Historia y examen físico/HP | ☐ Reporte de operaciones/procedimientos | ☐ Prueba de la función pulmonar |
| ☐ Resumen del alta/DS | ☐ Expediente de vacunas | ☐ Notas de visitas ambulatorias | ☐ Reporte de radiología |
| ☐ Ecocardiograma/EKG | ☐ Resultados de laboratorio | ☐ Reporte de patología | ☐ Prueba de esfuerzo |
| ☐ Visitas de emergencias/ED | ☐ Lista de medicamentos | ☐ Notas de terapia física/terapia ocupacional/terapia del habla | ☐ Otro: _____ |
- ☐ Expediente médico completo (*No se incluyen los diagramas de flujo de recogida de datos, salvo que se pidan específicamente.*) ☐ Incluir diagramas de flujo

Lo siguiente se enviará por separado de los expedientes médicos: ☐ Factura detallada

Para pedir imágenes de radiología, visite www.ynhh.org; haga clic en Patients & Visitors (Pacientes y visitas); luego haga clic en Request Medical Records (Solicitar expedientes médicos), o escanee el código QR de abajo. Para hablar directamente con la Biblioteca de Imágenes (Image Library), llame al 203-688-6054 para obtener más ayuda.



INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: Entiendo que los expedientes que he seleccionado para que se revelen pueden contener información sobre tratamiento y pruebas relacionadas con genética, salud conductual, enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, salud reproductiva, atención de afirmación de género o pruebas/historia de consumo de drogas o alcohol. Firmando esta autorización, acepto que se revele esa información. Tengo derecho a que mis expedientes médicos se me entreguen directamente a mí para poder revisarlos e inspeccionar la información. Esto incluye revisar los expedientes en busca de información confidencial que no quiera que se revele a un tercero.

Esta autorización general no es suficiente para que se revele información de Programas para trastornos por consumo de sustancias. Para solicitar esta información, visite www.ynhh.org; haga clic en Patients & Visitors (Pacientes y visitas); luego haga clic en Request Medical Records (Solicitar expedientes médicos), o escanee el código QR en la página 1.

Entiendo que:

- Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de abajo. Entiendo que después de que firme este formulario, puedo cambiar de opinión y cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento comunicándome por escrito con Servicios de Revelación de Información de YNHHS. Dicha cancelación no se aplicará a la información que ya se haya revelado según la autorización.
- El destinatario de la información revelada en respuesta a esta autorización podría volver a revelarla y ya no estará protegida según los términos de esta autorización ni por las reglamentaciones federales de privacidad. Sin embargo, otras leyes estatales o federales pueden prohibir que el destinatario revele información especialmente protegida, como información sobre tratamientos por consumo de sustancias, información relacionada con el VIH/sida e información sobre salud psiquiátrica o mental.
- Esta autorización es voluntaria y que el tratamiento que me da YNHHS/Yale Medicine de ninguna manera está condicionado por que yo firme o no esta autorización, y que puedo negarme a firmarla. Si no firmo este formulario, el pago de esta atención solo se verá afectado si mi compañía de seguros médicos solicita esta información y se le permite pedir esta autorización.
- Si lo pido, puedo revisar o hacer copias de la información descrita en este formulario. Puede haber un cargo por esas copias de acuerdo con la ley de Connecticut.
- El padre/madre o tutor legal debe firmar esta autorización si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), excepto cuando los expedientes se relacionen con tratamientos que estén protegidos por la ley estatal, en cuyo caso el menor deberá consentir la revelación de la información protegida. Se exige la firma de los menores que tengan más de 13 para revelar expedientes relacionados con el VIH/sida, consumo de sustancias (tratamiento por alcohol/drogas), embarazo y prevención del embarazo o enfermedades de transmisión sexual. Se requiere la firma de los menores que tengan más de 16 años para revelar expedientes de salud conductual.

Devuelva la autorización completada por correo, fax o email como se indica abajo. No envíe expedientes médicos a esta dirección.

Dirección postal: Westerly Hospital
Health Information Management
Release of Information Services
25 Wells Street
Westerly, RI 02891

Westerly Hospital Número de fax: 401-348-3774 Enviar por email a: releaseofinfo@westerlyhospital.org

Las solicitudes comunes de expedientes médicos normalmente se procesan en un plazo de 10 días laborables. Para comunicarse con un representante de Servicio al Cliente, llame al 401-348-3262.

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

Firma del paciente o del representante autorizado

***Debe entregar prueba de autoridad (excepto los padres de un menor)*

Marque la relación con el paciente

☐ Paciente ☐ Padre/madre ☐ Tutor legal ☐ Albacea/Administrador del patrimonio ☐ Representante para asuntos de atención médica ☐ Curador ☐ Otro representante legal autorizado _____ (indicar)

Nombre en letra de molde del menor (si corresponde)***

Firma del menor (si corresponde)***

Fecha

Authorization for Release of Information

Patient Legal Name: _____
(Last) (First) M.I. Preferred Name (Maiden/Other Name)

Date of Birth: _____ **Phone:** _____ **Email:** _____

Address: _____
Street City State Zip Code

This information is to be used for purpose of: ☐ Personal use ☐ Continuing care ☐ Legal ☐ Disability ☐ Workers Comp
☐ Insurance Eligibility/Benefits ☐ Social Security Claim ☐ Veterans Benefits ☐ Other _____

Release information from my medical record to:

Name: _____		Phone: _____	
Address: _____			
Street	City	State	Zip Code
Delivery Method: (Choose one only)			
☐ MyChart patient portal (Must have active account. To activate your account go to mychart.ynhhs.com)			
☐ Mail ☐ Fax (Please enter the fax number): _____			
☐ Secure Email: _____		☐ Pick Up/Hand Carry Format: ☐ CD-ROM	

Medical Information Requested:

Date of Service(s): _____ **Or Date Range From:** _____ **To:** _____

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Hospital Admission Summary (Includes: History & Physical Exam, Discharge Summary, Consult Report, ED Report, Operative Report, Pathology Report, Lab Results, Radiology Report) | | | |
| ☐ Consult Report | ☐ History & Physical Exam/HP | ☐ Operative/Procedure Report | ☐ Pulmonary Function Test |
| ☐ Discharge Summary/DS | ☐ Immunization Record | ☐ Outpatient Visit Notes | ☐ Radiology Report |
| ☐ Echocardiogram/EKG | ☐ Lab Results | ☐ Pathology Report | ☐ Stress Test |
| ☐ Emergency Visits/ED | ☐ Medication List | ☐ PT/OT/Speech Notes | ☐ Other: _____ |
| ☐ Complete Medical Record (<i>Excludes data collection flowsheets unless specifically requested</i>). | | | ☐ Include Flowsheets |

The following item(s) will be sent separate from medical records: ☐ Itemized Bill

To request Radiology Images, visit www.ynhh.org; select Patients & Visitors; then select Request Medical Records, or scan the QR Code below. To speak directly with the Image Library, please contact 203-688-6054 for further assistance.



SENSITIVE INFORMATION: I understand that the records I have selected to be released may contain information about treatment and testing regarding genetics, behavioral health, sexually transmitted disease, HIV/AIDS, reproductive health, gender affirming care, or testing/history of drug or alcohol use. By signing this authorization, I agree to the release of this information. I have the right to have my medical records released directly to me so that I can review and inspect the information. This includes reviewing the records for sensitive information I do not wish to be disclosed to a third party.

This general authorization is not sufficient for the release of Substance Use Disorder Program information. To request this information, visit www.ynhh.org; Select Patients & Visitors; then select Request Medical Records, or scan the QR Code on page 1.

I understand that:

- This authorization is valid for one year from the date below. I understand that after I have signed this form, I may change my mind and cancel (revoke) this authorization at any time by contacting in writing YNHHS Release of Information Services. Cancellation of the authorization will not apply to information that has already been released based on this authorization.
- The information disclosed in response to this authorization may be subject to re-disclosure by recipient, and will no longer be protected under the terms of this authorization or by federal privacy regulations. However, other state or federal law may prohibit the recipient from disclosing specially protected information such as substance use treatment information, HIV/AIDS-related information, and psychiatric/mental health information.
- This authorization is voluntary and my treatment by YNHHS/Yale Medicine is in no way conditioned on whether or not I sign this authorization and that I may refuse to sign it. If I do not sign this form, payment for this care will only be affected if my health care insurer is requesting this information and is permitted to require this authorization.
- On request, I may review or have copied the information described on this form if I ask for it. There may be a charge for copies in accordance with Connecticut law.
- The parent or legal guardian must sign this authorization if the patient is a minor (under age 18) except where the records relate to treatment(s) which is protected under state law, in which case the minor must consent to release of the protected information. Signature of a minor age 13 or older is required for release of records related to HIV/AIDS, substance use (alcohol/drug treatment), pregnancy and pregnancy prevention, and/or sexually transmitted disease. Signature of a minor age 16 or older is required for release of behavioral health records

Return completed authorization by mail, fax, or email as designated below. Do not send medical records to this address.

Mailing Address: Westerly Hospital
Health Information Management
Release of Information Services
25 Wells Street
Westerly, RI 02891

Westerly Hospital Fax Number: 401-348-3774

Email to: releaseofinfo@westerlyhospital.org

Routine requests for medical records are generally processed within 10 business days. To contact a Customer Service Representative, please call 401-348-3262.

Printed Name: _____ Date: _____

Signature of Patient or Authorized Representative

***must provide proof of authority (except parent of a minor)*

Please check relationship to patient

☐ Self ☐ Parent ☐ Legal Guardian ☐ Executor/Administrator of Estate ☐ Healthcare Representative ☐ Conservator
☐ Other Authorized Legal Representative _____ (indicate)

Printed Name of Minor (when applicable)***

Signature of Minor (when applicable)***

Date