

# Divulgacion de la informacion del paciente

## Patient Release of Information

Pagina 1 de 1



(identification)

Nombre del Paciente	Fecha de nacimiento	4 Ultimos Numerous del Seguro Social
---------------------	---------------------	--------------------------------------

### Tipo de Acceso pedido:

- Copias de Papel
- Inspeccion del Registro Medico
- Ballad Health unidad de disco USB o CD
- Mensaje Seguro
- Correo electronico no encripto \*el uso de correo electronico no encripto no es seguro. Su informacion medica puede ser vista por personas no autorizadas al ser transmitido por el Internet. Por favor inicialice aqui si usted acepta el riesgo \_\_\_\_\_ (iniciales del paciente).
- Imagenes de Radiografia en un disco

### Metodo de Entrega:

- Recoger
- Correo electronico a: \_\_\_\_\_
- Nombre de la persona a quien se lo enviamos por correo si no es el paciente \_\_\_\_\_
- Direccion: \_\_\_\_\_
- Recoger por el Conservador: \_\_\_\_\_

### Descripcion de la Informacion Pedida:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de la oficina Medica/Clinica | <input type="checkbox"/> Consulta               | <input type="checkbox"/> Patologia                 |
| <input type="checkbox"/> Abstracto                             | <input type="checkbox"/> Reporte de Cirugia     | <input type="checkbox"/> Notas de Enfermeria       |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia            | <input type="checkbox"/> Lab                    | <input type="checkbox"/> Notas/ordenes del Medico  |
| <input type="checkbox"/> Informe al ser dado de alta           | <input type="checkbox"/> Radiologia             | <input type="checkbox"/> Historial Medico Completo |
| <input type="checkbox"/> Historia y Evaluacion Fisica          | <input type="checkbox"/> Estudios Cardiacos/ECG | <input type="checkbox"/> Otros/as _____            |
| <input type="checkbox"/> Informacion de Factura                |   |  |

Fecha/s de Tratamiento/s: \_\_\_\_\_

Costo total \$ \_\_\_\_\_

### Portal del Paciente:

Por favor tome nota que la siguiente informacion esta disponible a traves de los siguientes portales.

- OWL portal: Historia Clinica Evaluacion Fisica, Resumen al ser dado de alta, Consultas, Reporte de Cirugia, Laboratorio con la excepcion de informacion de caracter sensitive como resultados the HIV, diagnostic de cancer, paneles de drogas, etc., Radiologia, Documento de la Continuidad de su cuidado, Notificaciones del Departamento de Emergencia, Notificaciones de Admision y Alta, Educacion al Paciente.
- UCMH portal: Visitas, Alergias, Medicaciones, Condiciones, Resultados, SignosVitales, Inmunizaciones, Procedimientos, Seguro, Historia Social, historia Familiar, direcciones de Avanzada, Instrucciones, Razon para referirlo, Plan de Tratamiento, Informacion Demografica, Habilidades y Funciones.
- FollowMyHealth: Laboratorio, Radiologia, Resumenes Clinicos.

Para obtener informacion sobre como establecer un portal llame al 1-844-695-6742 or vaya en linea a [www.balladhealth.org](http://www.balladhealth.org).

_____ Hora	_____ Fecha	_____ Signature of Patient/Parent/Conservator/Guardian	_____ Relacion con el Paciente
---------------	----------------	---	-----------------------------------

_____ Hora	_____ Fecha	_____ Firma del Conservador (Si es Aplicable)
---------------	----------------	--

_____ Hora	_____ Fecha	_____ Empleado que proceso este pedido
---------------	----------------	---

- Pedido Verbal y verificacion de la identidad obtenida de acuerdo a nuestra poliza.
- Copia de la Informacion de la Divulgacion de informacion del paciente entregada al paciente.
- Copia de la Informacion de la Divulgacion de informacion del paciente rechazada por el paciente.