



# Solicitud del Paciente de Informes Médicos

Legacy Health Release of Information, P.O. Box 2868, Portland OR 97208, FAX (503) 413-4671

**Por favor, escriba con letra clara. Para llenar este formulario, consulte las instrucciones en el reverso. Si no sigue las instrucciones, se puede producir una demora en el procesamiento.**

## 1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje detallado?  Sí  No

## 2. FUENTE DE DONDE PROVENDRÁ LA INFORMACIÓN (SELECCIONE SOLAMENTE UNA UBICACIÓN)

- LEGACY EMANUEL MEDICAL CENTER
- LEGACY MERIDIAN PARK MEDICAL CENTER
- LEGACY SALMON CREEK MEDICAL CENTER
- LEGACY SILVERTON MEDICAL CENTER
- LEGACY GOOD SAMARITAN MEDICAL CENTER
- LEGACY MT HOOD MEDICAL CENTER
- LEGACY MEDICAL GROUP (especifique la clínica) \_\_\_\_\_
- LEGACY HEALTH PROVIDER(S) (especifique) \_\_\_\_\_

## 3. INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

- Fecha desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_
- Resúmenes de alta
  - Informes operatorios
  - Informes del Departamento de Emergencias
  - Informes de laboratorio/patología
  - Informes de antecedentes y aptitud física
  - Vacunas
  - Apuntes clínicos
  - Informes de radiología
  - Registros de facturación
  - Otro (especifique) \_\_\_\_\_

## 4. FORMATO DE LOS INFORMES (SELECCIONE SÓLO UNO)

- Papel
- MyHealth
- CD (compatible con PC)
- DVD (compatible con PC)
- Correo electrónico (solo al paciente)

NOTA: Las solicitudes de imágenes de radiología y registros de facturación son procesadas por los departamentos respectivos y se envían en una correspondencia aparte.

## MIS DERECHOS

En caso de elegir que mis informes médicos se envíen a otra persona que no sea yo, entiendo que **debo escribir mis iniciales** junto a los siguientes ítems **únicamente si deseo que tales datos se divulguen con esta solicitud**:

- \_\_\_\_\_ Datos o informes sobre salud mental (Oregon solamente)
- \_\_\_\_\_ Resultados positivos de prueba de VIH y diagnóstico de VIH
- \_\_\_\_\_ Datos sobre tratamiento o remisiones por consumo de drogas o alcohol. Para cumplir con las regulaciones federales, describa la cantidad y el tipo de información sobre drogas o alcohol que se podrá divulgar: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Datos o informes sobre análisis genéticos (Oregon solamente)
- \_\_\_\_\_ Otras enfermedades de transmisión sexual (Washington solamente)

Legacy Health puede denegar esta solicitud, en situaciones limitadas, según lo estipulan las regulaciones federales sobre el uso y la divulgación de información de salud protegida. Entiendo que, excepto que las leyes vigentes estipulen lo contrario, ante la denegación de mi solicitud tengo derecho a una revisión de parte de un facultativo independiente con licencia, seleccionado por Legacy Health, que no haya participado en la decisión de denegar mi solicitud. **Es posible que deba pagar las copias conforme a las pautas de la ley HIPAA.**

Los informes médicos se enviarán por correo a la dirección que figura en la sección 1, a menos que se indique lo contrario en la sección 5.

Los informes solamente se envían a una dirección, que es la que figura en el formulario de solicitud.

## 5. DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN

- Yo mismo Seleccione una opción →
- Llámenme para ir a buscar los informes cuando estén listos
- Cuenta de MyHealth
- Envíen mis informes a la dirección que figura arriba.
- Envíen los informes por correo electrónico a mi dirección: \_\_\_\_\_

**O envíen mis informes a:**

- Organización/persona \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## 6. FIRMA

Firma del paciente o representante de atención de la salud del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**(Si no está firmado por el paciente, lea la información en el reverso).** (Obligatoria) (Obligatoria mm/dd/aa)

Nombre de la persona que firma esta solicitud en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si no es el paciente) \_\_\_\_\_

PACIENTE MENOR DE EDAD (de 13 a 17 años) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Firma obligatoria si corresponde)

**ROI DEPT** Request has been forwarded to the:  Radiology Dept.  Billing Dept.  Other: \_\_\_\_\_

**RADIOLOGY DEPT**  Request has been fulfilled, please scan  Request has been forwarded to ROI  Other: \_\_\_\_\_

# Solicitud del Paciente de Informes Médicos - Instrucciones

**Instrucciones – Escriba en letra de imprenta clara – Si el formulario no se llena en su totalidad, se puede producir una demora en el procesamiento de su solicitud.**

- DATOS DEL PACIENTE** – Escriba en letra de imprenta el nombre del paciente, la fecha de nacimiento, la dirección postal y el número de teléfono.
- FUENTE DE DONDE PROVENDRÁ LA INFORMACIÓN** – Seleccione un Legacy Medical Center Q el nombre de la clínica de Legacy Medical Group Q escriba el nombre de su proveedor de Legacy que quisiera que divulgue sus informes.
- INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ** – Agregue un rango de fechas y especifique el tipo de información que usted quisiera que se divulgue. Si lo que busca no está en la lista, agregue la información que desea en el renglón “Otro”.
- FORMATO DE LOS INFORMES** – Seleccione papel, CD o MyHealth. Si no selecciona ninguno, recibirá los informes en papel. Si selecciona CD, recibirá una contraseña en una correspondencia aparte del CD. Si selecciona MyHealth, los informes se le enviarán directamente a su cuenta en MyHealth. Tenga en cuenta que, si selecciona esta opción, deberá tener una cuenta activa en MyHealth. Si no tiene una cuenta en MyHealth, comuníquese con el Servicio al Cliente de MyHealth de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., al 503-415-4835 (OR) o 360-487-1075 (WA). También puede enviarles un mensaje de correo electrónico a [myhealthsupport@lhs.org](mailto:myhealthsupport@lhs.org)
  - **Tenga en cuenta** que nuestro proceso estándar para divulgar informes electrónicos es enviar los informes por una vía segura. Para solicitar un CD, protegemos los archivos PDF y, en una carta aparte, enviamos la contraseña que permite abrir los informes. En el caso del correo electrónico, enviamos los informes a través de un sitio de intercambio protegido. Recibirá instrucciones para obtener una cuenta en este sitio protegido. Asimismo, el envío de registros a su cuenta de MyHealth está protegido con la contraseña de su cuenta.
- DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN** – Especifique a quién usted desea que se divulgue la información.
- FIRMA** – Firme e indique la fecha de la firma.
  - Si la persona que firma este formulario no es el paciente**
    - Si el paciente es mayor de 18 años de edad, el paciente debe firmar y fechar el formulario.
    - Si el paciente es mayor de 18 años de edad pero no puede firmar,
      - un representante legalmente autorizado podrá firmar y fechar el formulario. Un abogado del paciente no es un representante legalmente autorizado a menos que se lo haya designado específicamente para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente.
      - Indique su relación con el paciente (tutor, representante de atención médica o poder legal para la atención médica) e incluya documentación que respalde tal relación.
    - Si el paciente es menor de 18 años de edad, el padre, madre o tutor del paciente debe firmar y fechar el formulario, a menos que exista una excepción conforme a la ley estatal o federal.
      - Indique su relación con el paciente (padre, madre o tutor) e incluya la documentación que respalde su condición de tutor.

Tarifas para solicitudes de informes de pacientes:	Precios	
Papel o formato electrónico:	Papel: \$0.02 por página; CD: \$0.25 cada uno; o DVD \$0.42 cada uno Más el costo de trabajo por minuto que lleva procesar los informes solicitados: \$0.34 Además, el costo de envío cuando corresponda e impuestos cuando sea apropiado.	
Informes enviados a su cuenta en MyHealth*	Sin cargo	Sin cargo

\* Para esta opción, usted debe tener una cuenta activa en MyHealth. Tenga en cuenta que solamente se pueden enviar a MyHealth los informes médicos disponibles electrónicamente desde 2011 en adelante.

Envíe el formulario lleno de la **Solicitud del Paciente de Informes Médicos** por correo o por fax:  
Dirección postal: Legacy Health Release of Information  
P.O. Box 2868  
Portland, OR 97208  
Número de fax: 503-413-4671

Si tiene preguntas, comuníquese con la oficina de Divulgación de Información de Legacy al 503-413-2762 o al 360-487-3408 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:15 p.m. (excepto los días festivos principales).

Las solicitudes serán procesadas en el orden en que hayan sido recibidas. El proceso puede tomar hasta 15 días en el estado de Washington y hasta 30 días en el estado de Oregon. Haremos nuestro mejor esfuerzo para tramitar su solicitud a la brevedad posible.