



Solicitud del paciente para acceder o divulgar un conjunto de registros designado **Patient Request to Access/Disclose a Designated Record Set (Spanish)**

La cumplimentación de este documento autoriza la divulgación o el uso de su información sobre la salud. No proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización. / Completion of this document authorizes the disclosure and/or use of health information about you. Failure to provide all information requested may invalidate this authorization.

NOTA: Si usted es un paciente o representante del paciente que solicita el historial médico para uso personal, puede aplicarse un cargo por la elaboración de dicho historial. / NOTE: If you are a patient/patient representative requesting medical records for personal use, there may be a fee for production of the medical records.

La información solicitada en esta Solicitud del paciente para acceder o divulgar un conjunto de registros designado se basa en los requisitos establecidos por las normativas estatales y federales. / Information requested in this Patient Request to Access/Disclose a Designated Record Set is based on requirements by both state and federal regulations.

Puede adjuntar una página adicional si necesita más espacio que el que se le proporciona en el formulario de solicitud. Si solicita los registros de un paciente fallecido, envíe una copia del certificado de defunción; una copia del poder notarial, fideicomiso o testamento, si la tiene; la licencia de conducir de la persona que solicita el historial médico; junto con el formulario de solicitud completo. / You may attach an additional page if more room is needed than provided on the request form. If you are requesting records for a deceased patient, please submit a copy of the death certification; copy of Power of Attorney, trust or will, if available; driver's license of person requesting medical records; along with the completed request form.

Reenvíe este formulario a / Please forward this form to:

Solicitudes de historial médico hospitalario ÚNICAMENTE a:

**Swedish Medical Center
Release of Information Department
747 Broadway, Seattle, WA 98122
Correo electrónico: ROI@swedish.org
Teléfono: (206) 320-3850 • Fax: (206) 320-2626**

Solicitudes a Swedish Medical Group ÚNICAMENTE a:

**Correo electrónico: smgroi-wa@datavant.com
Teléfono: (206) 320-3025 • Fax: (478) 238-9436**

Tenga en cuenta lo siguiente: El Swedish Medical Center (SMC) y el Swedish Medical Group (SMG) ya no imprimen ni divulgan los números de seguro social de los pacientes, a menos que sea necesario para la facturación. Sin embargo, es posible que el historial médico con algunos años de antigüedad incluya los números de seguro social. / Please Note: SMC/SMG no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in medical records that are more than a few years old.

Es posible que el historial médico que solicita no esté disponible debido a los requisitos estatales de conservación. / Medical Records you are requesting may not be available due to the state retention requirements.

De conformidad con esta autorización, el destinatario podría volver a divulgar la información proporcionada. En algunos casos, la nueva divulgación no está protegida por la ley estatal y podría no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]). / Information disclosed pursuant to this authorization could be re-disclosed by the recipient. Such re-disclosure is in some cases not protected by state law and may no longer be protected by federal confidentiality law (HIPAA).

ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de ayuda lingüística. Llame al 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-311-9127 (TTY: 711).

注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 888-311-9127 (TTY: 711)

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ACCEDER O DIVULGAR UN CONJUNTO DE REGISTROS DESIGNADO
PATIENT REQUEST TO ACCESS/DISCLOSE A DESIGNATED RECORD SET (SPANISH)

EXPLICACIÓN / EXPLANATION:

Se le solicita esta autorización para cumplir con las normativas estatales y federales.

Nombre del paciente / Patient's Name:		Fecha de nacimiento/ Date of Birth:	
Nombres utilizados anteriormente: Prior Name(s) Used:		Número de teléfono: Phone #:	
Dirección del paciente: Patient's Address:			
Ciudad: City:		Estado: State:	Código postal: Zip Code:
Dirección de correo electrónico/ Email Address: _____ @ _____			

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD / USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION:

Por el presente autorizo a SMC o a SMG a divulgar mi historial médico a / I hereby authorize SMC/SMG to release my medical records to:

☐ **Mí mismo (Myself)** O ☐ **Destinatario indicado a continuación (Recipient listed below):**

Nombre del destinatario: Recipient's Name:		Atención: Attention:	
Dirección del paciente: Patient's Address:			
Ciudad: City:		Estado: State:	Código postal: Zip Code:
Teléfono: Phone #:		Fax:	
Opción de entrega / Delivery Option: <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Papel (enviado por correo) / Paper (Mailed) <input type="checkbox"/> CD (Enviado por correo) / CD (Mailed) <input type="checkbox"/> FAX			
<input type="checkbox"/> Correo electrónico / Email: _____ @ _____			

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ / INFORMATION TO BE RELEASED :

Solicito información de los siguientes hospitales / I am requesting information from the following Hospital(s):

Escriba los hospitales / List Hospital(s)	Especifique las fechas del tratamiento / Specify the Dates of Treatment

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ (marque solo una casilla en esta sección) / INFORMATION TO BE RELEASED:

- ☐ **Información pertinente (esto es lo que la mayoría de los pacientes y médicos necesitan). Resumen del alta, informe del Departamento de Emergencias, historia clínica y examen físico, consultas, informes operatorios, análisis de laboratorio, informes de radiología, informes de electroencefalograma (electroencephalogram, EEG), electromiograma (electromyogram, EMG), electrocardiograma (electrocardiogram, EKG) e informes de patología. (Puede aplicarse un cargo) / Pertinent information**
- ☐ **Historial médico completo (incluye la información pertinente más toda la demás documentación del historial médico) (Puede aplicarse un cargo) / All/Entire Medical Record (Includes pertinent information plus all other documentation in the medical record) (A fee may be charged)**
- ☐ **Otro (especifique) / Other (specify):** _____
- ☐ **Solo los últimos dos años (especifique paquete impreso) / Last two years only (Specify print package):**
☐ **Información pertinente / Pertinent Information** ☐ **Historial médico completo / All/Entire Medical Record**

SE NECESITA AUTORIZACIÓN ADICIONAL PARA LO SIGUIENTE DEBIDO A LOS ESTATUTOS ESTATALES O FEDERALES:**ADDITIONAL AUTHORIZATION REQUIRED:**

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque, escriba sus iniciales e indique la fecha según corresponda) / I specifically authorize release of the following information (check, initial and date as appropriate):

<input type="checkbox"/> Información sobre los tratamientos de salud mental / Mental Health treatment information	Inicial y fecha / Initial and Date:
<input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de VIH / HIV test results	Inicial y fecha / Initial and Date:
<input type="checkbox"/> Información sobre tratamiento de alcohol y drogas Alcohol/drug treatment information	Inicial y fecha / Initial and Date:
<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual (solo en WA) Sexually Transmitted Disease (WA Only)	Inicial y fecha / Initial and Date:

OBJETIVO / PURPOSE:

Objetivo del uso o divulgación solicitados / Purpose of requested use or disclosure: ☐ Solicitud del paciente/ Patient Request ☐ Atención continua /Continuing Care ☐ Asuntos legales / Legal ☐ Seguro / Insurance ☐ Otro / Other: _____

VENCIMIENTO / EXPIRATION:

Esta autorización vence el (Fecha) /This Authorization expires (Date): _____

Si no se indica una fecha, esta autorización vencerá seis meses después de la fecha de la firma. / If no Date is given, this authorization will expire in six months from the signature date.

MIS DERECHOS / MY RIGHTS:

Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta autorización, debo saber que, por ley, no se divulgará mi información sobre la salud. Mi negativa no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, efectuar pagos ni mi elegibilidad para beneficios. / I may refuse to sign this authorization. If I refuse to sign this authorization, I should know that by law, my health information cannot be released. My refusal will not affect my ability to obtain treatment or payment or eligibility for benefits.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información sobre la salud cuyo uso o divulgación se me está solicitando autorizar. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección / I may inspect or obtain a copy of the health information that I am being asked to allow the use or disclosure of. I may revoke this authorization at any time, but I must do so in writing and submit it to the following address:

Providence St. Joseph Health
Health Information Release of Information/Revoke Authorization
P.O. Box 4950
Portland, OR 97208

Mi revocación tendrá efecto cuando la reciban, excepto en la medida en que terceros hayan actuado basándose en esta autorización. / My revocation will take effect upon receipt, except to the extent that others have acted in reliance upon this authorization.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. / I have a right to receive a copy of this authorization.

De conformidad con esta autorización, el destinatario podría volver a divulgar la información proporcionada. / Information disclosed pursuant to this authorization could be re-disclosed by the recipient. En algunos casos, la nueva divulgación no está protegida por la ley estatal y podría no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]). / Such re-disclosure is in some cases not protected by state law and may no longer be protected by federal confidentiality law (HIPAA).

FIRMA / SIGNATURE:

Firma del paciente: Patient Signature:	Fecha / Date:
Firma del representante legal: (Representante del paciente o cónyuge) Legal Representative Signature: (Patient representative/spouse)	Fecha / Date:

Si firma en representación de alguien que no sea el paciente, indique su relación legal con él y proporcione, por ejemplo, copia del Poder Notarial Duradero (Durable Power of Attorney, DPOA), certificado de defunción o tutela / If signed by someone other than the patient, state your legal relationship to the patient and please provide, i.e. copy of DPOA, Death Certificate,

Guardianship:

Relación con el paciente:

Relationship to Patient:

Fecha / Date:

Según las normativas estatales, se puede necesitar autorización del médico que atendió al paciente durante su estancia.

Dependent on State Regulations, authorization from the physician who attended the patient during their stay may be required.

HOSPITAL USE ONLY

PHYSICIAN RELEASE OF MEDICAL RECORD

☐ APPROVED by Physician Name: _____ Date: _____ HIM-ROI CG Initials: _____

☐ DENIED – REASON FOR DENIAL: _____

MD Signature: _____ Date: _____ Time: _____