



**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR  
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

(Vea la ubicación de las instalaciones al reverso de este formulario)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio autorizo a  
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_ a revelar la información especificada a continuación de mi  
NOMBRE DEL HOSPITAL/MÉDICO/INSTALACIÓN  
expediente médico que cubre las fechas de servicio del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

La información que a continuación se ha marcado con una (X) debe ser divulgada a:

NOMBRE DEL PERSONA, HOSPITAL, MÉDICO, AGENCIA DE SERVICIOS O TERCERA PERSONA (incluya el # de fax si es hospital o médico)

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Propósito de la divulgación:	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Legal
			<input type="checkbox"/> Otro _____
Marque los documentos que se están divulgando:	<input type="checkbox"/> Informes de Patología	<input type="checkbox"/> Informe de Radiología	_____
<input type="checkbox"/> Resumen de Egreso	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología	
<input type="checkbox"/> Instrucciones de Alta/Resumen después de visita	<input type="checkbox"/> Cardiología	<input type="checkbox"/> Récord Sala de Emergencia	
<input type="checkbox"/> Historia y Examen Físico	<input type="checkbox"/> Visita Clínica	<input type="checkbox"/> Expediente completo	
<input type="checkbox"/> Informes de Consulta	<input type="checkbox"/> Abstracto	<input type="checkbox"/> Registro de pagos	
<input type="checkbox"/> Notas del Progreso	<input type="checkbox"/> Informe Operatorio	<input type="checkbox"/> Otros _____	

Método de entrega:  Papel  CD  # de Fax \_\_\_\_\_  Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Se requiere la autorización expresa del paciente para revelar ciertos tipos de informes, incluyendo del tratamiento e información del abuso de alcohol y/o drogas, examen y tratamiento del VIH, tratamiento psiquiátrico, y de pruebas genéticas (definidas en la Ley de no discriminación por información genética de 2008 – GINA, sección 201 7 A y B). Para autorizar la divulgación de esta información, por favor lea y firme lo siguiente:

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo la revelación de información y tratamiento del **abuso de alcohol y/o drogas**.  
(Firma del Paciente)

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo la revelación de **resultados de examen de VIH** y/o información de tratamiento de VIH.  
(Firma del Paciente)

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo la revelación de información **psiquiátrica**.  
(Firma del Paciente)

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo la revelación de información **de pruebas genéticas**.  
(Firma del Paciente)

Al autorizar la divulgación de la información confidencial arriba identificada, por este medio yo renuncio a toda restricción o privilegio impuesto por la ley y exonero al Ochsner Health System y a sus afiliados y su personal de toda restricción o privilegio impuesto por la ley con respecto a la revelación o divulgación de cualquier informe, observación o comunicación profesional. Tengo entendido que la información que se está divulgando puede estar sujeta a redivulgación por el recipiente y no estar ya protegida. Yo entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no pueden ser condicionados al firmar esta autorización. Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en el caso en que el Ochsner Health System y sus afiliados ya hayan tomado medidas con relación a ello. Las cartas para revocar esta autorización deben ser dirigidas a: Ochsner Medical Center, Release of Information Department, 1201 Dickory Avenue, Harahan, LA 70123.

Si no ha sido previamente revocada por escrito, esta autorización terminará o expirará en (indique la fecha, evento o condición específica):

**Si la fecha de expiración se deja en blanco, la autorización expirará dentro de un año.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO RELACIÓN CON EL PACIENTE

FECHA FIRMADA DIRECCIÓN NÚMERO DE TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO (si el paciente no puede firmar) RELACIÓN CON EL PACIENTE O CREDENCIALES FECHA FIRMADA



## UBICACIÓN DE LAS INSTALACIONES

**Centro Médico Ochsner**  
**Centros de Salud Ochsner**  
1514 Jefferson Highway  
New Orleans, LA 70121  
Teléfono: (504) 842-2832  
Fax: (504) 842-4047

**Centro Médico**  
**Ochsner Baptist**  
**Centros de Salud Ochsner**  
2700 Napoleon Avenue  
New Orleans, LA 70115  
Teléfono: (504) 894-2173  
Fax: (504) 894-2460

**Centro Médico**  
**Ochsner Baton Rouge**  
**Centros de Salud Ochsner**  
17000 Medical Center Drive  
Baton Rouge, LA 70816  
Teléfono: (225) 236-5917  
Fax: (225) 236-5469  
ó (225) 761-5939

**Centro Médico**  
**Ochsner Kenner**  
**Centros de Salud Ochsner**  
180 West Esplanade Avenue  
Kenner, LA 70065  
Teléfono: (504) 464-8066  
Fax: (504) 464-8093

**Centro Médico**  
**Ochsner North Shore**  
**Centros de Salud Ochsner**  
100 Medical Center Drive  
Slidell, LA 70461  
Teléfono: (985) 646-5009  
Fax: (985) 646-5606

**Complejo Médico Ochsner**  
**River Parishes**  
500 Rue de Sante  
LaPlace, Louisiana 70068  
**Solicitud para récords médicos de visitas**  
**EN ó DESPUÉS DE Nov. 1, 2014,**  
**comuníquese con:**  
**Centro Médico Ochsner Kenner**

**Ochsner St. Anne General**  
**Centros de Salud Ochsner**  
4608 Hwy One  
Raceland, LA 70394  
Teléfono: (985) 537-8364  
Fax: (985) 537-8296

**Centro Médico**  
**Ochsner Westbank**  
**Centros de Salud Ochsner**  
2500 Belle Chasse Highway  
Gretna, LA 70056  
Teléfono: (504) 207-2525  
Fax: (504) 391-5115

**Centro Médico**  
**Ochsner Hancock**  
**Centros de Salud Ochsner**  
149 Drinkwater Blvd.  
Bay St. Louis, MS 39520  
Teléfono: (228) 467-8714  
Fax: (228) 467-8704

**Ochsner St. Mary**  
**Centros de Salud Ochsner**  
1125 Marguerite St.  
Morgan City, LA 70380  
Teléfono: 985-380-4530  
Fax: 985-380-4533



## **Health Information Management Release of Information**

Due to the volume of request for copies of medical records received daily, Ochsner Health System contracts MRO (Medical Records Online) to copy and release medical records. For this service, there is a fee mandated by law, however medical information will be forwarded to hospitals and physicians free of charge.

For copies of your records, you may be assessed a fee based on the following fee schedule:

<b>Pages of Records</b>	<b>Format you will receive the records</b>	<b>Reasonable, Cost-Based Fee</b>
<b>1-50 pages</b>	Paper (Picked Up)	No charge
<b>51-and up</b>	Paper (Picked Up)	\$6.50 plus tax
<b>Any number of pages</b>	Electronic (Email or CD)	\$6.50 plus tax and postage
<b>Any number of pages</b>	Paper (Mailed)	\$6.50 plus tax and postage

Once the records are ready, you will be notified via mail. Please review the invoice for payment information. Payment may be made by check, credit card or money order.

Please note, records from another facility contained within the requested records may be released.

Please call 610.994.7500 Ext. 1 to check the status of your request, make a payment or ask any questions about your request.