

 <p>THE UNIVERSITY OF KANSAS HEALTH SYSTEM ACCESS TO MEDICAL OR FINANCIAL RECORDS FOR DECEASED PATIENT WITH NO EXECUTOR</p>	<p align="center">No escriba en esta casilla</p>  <p align="center">DT4068 Authorization to Release Protected Health Information</p>	<p align="right"><small>Solo para uso de la oficina de HIM</small></p> <p>Núm. de registro médico: _____</p> <p>Fecha de recepción en HIM: _____</p> <p>Introducir la fecha de fallecimiento en O2: _____</p>
---	--	--

ACCESO AL REGISTRO MÉDICO O FINANCIERO DE UN PACIENTE FALLECIDO SIN ALBACEA
DEBEN completarse todas las secciones de este formulario de autorización para que el mismo se considere válido.

Apellido del paciente: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de fallecimiento: _____ Núm. de Seguro Social: _____

Solicito que se divulgue la siguiente PHI de los registros clínicos del paciente fallecido:

- Pertinente (Resumen de pacientes ingresados que incluye informes médicos, resultados de laboratorio, radiología y otras pruebas)
- Registro del Departamento de Emergencias
- Registros de la clínica – especifique la clínica o el médico _____
- Informes de laboratorio Informes de radiología/imagenología Resumen de alta Informes operativos/de patología Inmunizaciones
- Registros de salud mental – Incluye notas de visitas de pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.
- Registro clínico completo
- Registros de facturación
- Película/rastreo/medios de radiología
- Clínica de Adicciones
- Otros/Externos (especifique): _____

Cubriendo el período de atención médica de:

Fecha(s) específica(s): _____ a _____

Razón por la que se solicita la información:

- Asuntos económicos y personales del paciente

Cómo debemos enviar la información solicitada:

Los registros se entregarán electrónicamente en lugar de en papel si es posible. Puede haber una tarifa para el formato en papel.

- Correo electrónico seguro Fax (solo al proveedor de atención médica)
- CD (formato electrónico) Papel Recogida en persona (solo con cita previa)

Al firmar este formulario de autorización, comprendo que:

- **Las solicitudes de copias de registros médicos y/o material no perteneciente a documentos podrían estar sujetas a tarifas. Consulte las instrucciones para obtener más información.**
 - PHI podría incluir registros relativos a la atención de salud mental, enfermedades contagiosas, VIH/SIDA y/o tratamiento para abuso de alcohol/drogas. Autorizo la divulgación de estos registros.
 - Los reglamentos federales de privacidad ("HIPAA") y las leyes estatales exigen que TUKHS preserve la confidencialidad de la información contenida en sus registros de pacientes, incluidos los registros de pacientes fallecidos. Entiendo que TUKHS no puede revelar los registros del Paciente a mí, a menos que la divulgación cumpla con la HIPAA y la ley estatal.
 - Con respecto al Paciente, entiendo que un representante personal puede recibir los expedientes del Paciente y puede autorizar la divulgación de los expedientes del Paciente por parte de TUKHS para fines no permitidos por la HIPAA. Un "representante personal" (según la definición de la HIPAA) es un albacea, administrador u otra persona que tiene autoridad, según la ley estatal o de otro tipo aplicable, para actuar en nombre de un difunto o de la herencia del difunto.
 - Lamentablemente, en el momento del fallecimiento, el Paciente no nombró a un representante personal, ni tenía suficientes activos en el momento del fallecimiento para requerir la apertura de una sucesión testamentaria formal para nombrar a un albacea o administrador. A pesar de que no se ha nombrado un representante personal, albacea o administrador, basándome en mi relación personal con el Paciente (que puede haber implicado la participación en el cuidado de la salud del Paciente o el pago de los cuidados antes del fallecimiento del Paciente) y, con la notificación que he proporcionado a los miembros vivos conocidos de la familia del Paciente, he asumido la responsabilidad de ocuparme de los asuntos personales y financieros restantes del Paciente.
 - Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
- **El correo electrónico seguro utiliza un enlace a la aplicación MyChart, independientemente de si tiene una cuenta MyChart. Recibirá un correo electrónico con un enlace de la aplicación para validar su información personal antes de acceder a los registros.**

Firma del representante autorizado _____ Fecha _____ Hora _____


Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección del representante autorizado: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico del representante autorizado: (Opcional) _____ Teléfono: _____

Teléfono(s) del representante autorizado: _____

Envíe el formulario completado a: **The University of Kansas Health System – Health Information Management**
4000 Cambridge St, MS 9345, Kansas City, KS 66160
Envíe adjunta la autorización firmada al correo electrónico: ROI@kumc.edu o Fax: 913-588-2495
<https://www.kansashealthsystem.com/patient-visitor/patient-guide/medical-records>

 <p>THE UNIVERSITY OF KANSAS HEALTH SYSTEM</p> <p>ACCESS TO MEDICAL OR FINANCIAL RECORDS FOR DECEASED PATIENT WITH NO EXECUTOR</p>	<p>No escriba en esta casilla</p>	<p style="font-size: small;">Solo para uso de la oficina de HIM</p>
---	--	---

ACCESO AL REGISTRO MÉDICO O FINANCIERO DE UN PACIENTE FALLECIDO SIN ALBACEA

Instrucciones para rellenar el acceso a los registros médicos o financieros de un paciente fallecido sin albacea

1. Complete la primera sección con el nombre actual del paciente, y el nombre del paciente en el momento del tratamiento si fuera diferente, fecha de nacimiento y fecha de fallecimiento.
2. **Solicito que se divulgue la siguiente PHI del registro clínico del paciente fallecido:** Marque los documentos que solicita. Un resumen o documento pertinente incluye las notas fundamentales del médico y los resultados de pruebas. Esto es lo que la mayoría de los demás proveedores de atención médica desean obtener. Cuando seleccione la documentación pertinente o el registro completo, tenga en cuenta que enviaremos solo los últimos dos años a menos que se especifique otra cosa. Los resultados de pruebas cuando se marcan individualmente por lo general son para fechas específicas de servicios tal como se indica en la siguiente sección.
 - Los registros de facturación NO se mantienen en el Departamento de Administración de Información de Salud. Si solo solicita registros de facturación, envíe este formulario por correo a Patient Financial Services al 11300 Corporate Ave, Suite 260 Lenexa, KS 66219. Puede llamar a Servicios Financieros para el Paciente al 913-588-5820.
 - Las imágenes de radiología NO se guardan en el Departamento de Administración de Información de Salud. Si solo solicita imágenes de radiología (películas), envíe este formulario por correo a Imaging Center, 2015 W. 39th Street, Kansas City, Kansas 66160. Puede enviar por fax al Imaging Center al 913-588-6899. Su número de teléfono es 913-588-6812. Para Imágenes del Campus de Great Bend, llame al 620-282-9865 o puede enviar este formulario por fax al 620-792-7315.
3. **Cubriendo el período de atención médica de:** Indique una lista de fechas específicas; el último año o los últimos dos años. Si no recuerda las fechas específicas, indique por lo menos un período de tiempo como el último mes, los últimos seis meses, etc.
4. **Razón por la que se solicita la información:** Si solicita registros para otros fines que no sean la resolución de asuntos financieros y personales del paciente, póngase en contacto con el Departamento de HIM en ROI@kumc.edu o en el 913-588-2454.
5. **Cómo se recibe la información (si no se marca, el correo seguro es la opción predeterminada):** Los registros de papel o CD se enviarán a la dirección proporcionada. Los registros se pueden enviar por correo electrónico seguro si se solicita.
6. **Firma del representante autorizado:** Este formulario debe ser firmado por el representante autorizado.
7. **Información de contacto del representante autorizado:** Proporcione una dirección actual, teléfono y dirección de correo electrónico para preguntas.
8. **Licencia de conducir o identificación con foto:** Se requerirá esto al recoger registros en cualquiera de nuestros centros indicados anteriormente.
9. **Firma del testigo:** Un testigo debe firmar y fechar el formulario.

Envíe un correo electrónico o llame a Health Information Management al 913-588-2454 si tiene más preguntas.

The University of Kansas Health System – Health Information Management
4000 Cambridge St, MS 9345, Kansas City, KS 66160
Envíe adjunto el formulario firmado al correo electrónico: ROI@kumc.edu o Fax: 913-588-2495
<https://www.kansashealthsystem.com/patient-visitor/patient-guide/medical-records>