



Saint Alphonse

A Member of Trinity Health

AFFIX PATIENT LABEL OR WRITE

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Today's Date: _____

Authorization for Release of Confidential Information (Spanish) -- SAHS-1318SP

Patient's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

Solicito expedientes de:

☐	Saint Alphonse Regional Medical Center (Boise)	☐	Saint Alphonse Medical Center – Nampa
☐	Saint Alphonse Medical Center – Ontario	☐	Saint Alphonse Medical Center – Baker City
☐	Clínica de Saint Alphonse Medical Group: _____		

Información del paciente (escriba en letra de molde):

Dirección del paciente: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____

Descripción de los Expedientes Médicos solicitados:

Fecha(s) del servicio (obligatorio): _____

(Marque las casillas a continuación)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Toda la información médica | ☐ Resumen de alta | ☐ Nota de procedimiento/operación |
| ☐ Salud conductual/mental | ☐ Electrocardiograma | ☐ Imágenes radiológicas |
| ☐ Documentos de facturación | ☐ Visita a la sala de emergencias | ☐ Informe de radiología |
| ☐ Imágenes de cardiología | ☐ Resultado de la prueba de VIH/SIDA | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Informes de cardiología | ☐ Resultados de laboratorio/patología | |
| ☐ Consultas | ☐ Registro de medicamentos | |

Uso previsto de la información:

- ☐ Uso del paciente/personal ☐ Atención continua ☐ Terceros (por ejemplo, legal, seguros, compensación laboral)

Indico que los expedientes médicos indicados anteriormente se proporcionen a:

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Método de entrega (marque una casilla):

- | | |
|---|--|
| ☐ MyChart | ☐ Correo postal – CD |
| ☐ Correo electrónico – Seguro | ☐ Correo postal – Papel |
| ☐ Correo electrónico – No seguro | ☐ Fax: _____ |

*El correo electrónico no seguro y sin encriptar tiene cierto nivel de riesgo de que su información médica pueda ser leída o accedida de otra manera por un tercero mientras está en tránsito. Al marcar esta casilla y firmar, usted acepta este riesgo y aún desea que su información médica se envíe por correo electrónico no seguro.

Firma requerida al reverso/segunda página



Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Today's Date: _____

1. Por la presente solicito acceso y la divulgación de mi información médica que mantiene Saint Alphonsus, como se indicó anteriormente. Autorizo la divulgación de cualquier información contenida en los registros anteriores relacionada con el tratamiento de abuso de drogas o alcohol, afecciones relacionadas con drogas, alcoholismo, afecciones psiquiátricas/psicológicas, tratamiento psiquiátrico/de salud mental, enfermedades o infecciones transmisibles (incluidas las enfermedades de transmisión sexual), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y/o información genética.
2. Entiendo que Saint Alphonsus no me cobrará por mi primera copia de mi conjunto de expedientes pertinentes y/o resultados de pruebas de diagnóstico ambulatorio. Si le pido a Saint Alphonsus que copie mi historia clínica completa, entiendo que se me puede cobrar una tarifa razonable según lo permitido por las regulaciones de privacidad de HIPAA. También entiendo que el Sistema de Manejo Información de Salud de Saint Alphonsus utiliza un servicio de copias, MRO, para realizar la mayoría de las solicitudes de expedientes. Si MRO se encarga de mi solicitud, MRO me facturará directamente. Puedo solicitar que se me notifique de cualquier cargo para su aprobación antes de que se me envíen mis expedientes.
3. Entiendo que, salvo en circunstancias limitadas, Saint Alphonsus me proporcionará acceso a mis expedientes y responderá a mi solicitud dentro de los 3 días hábiles siguientes a la recepción de esta autorización completa. También entiendo que en ciertas situaciones, Saint Alphonsus puede denegar mi solicitud, pero si lo hace, Saint Alphonsus me informará por escrito las razones de la denegación y me explicará mi derecho a que la denegación sea revisada.
4. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento enviando la revocación por escrito a: Saint Alphonsus c/o Health Information Management, 1055 N Curtis Rd, Boise ID 83706. Mi revocación por escrito entrará en vigor al momento de su recepción, solo en la medida en que Saint Alphonsus no se haya basado ya en esta autorización.
5. Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa a firmar no afectará el uso o la divulgación de mi información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
6. Puedo recibir una copia de esta autorización.
7. Entiendo que la información médica divulgada bajo esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, y puede que no esté protegida por las leyes estatales o federales de privacidad de la información.
8. Esta autorización expirará automáticamente 6 meses después de la fecha de firma a continuación, excluyendo la inscripción en el portal del paciente MyChart.
9. Esta autorización no es válida a menos que se completen todos los elementos requeridos.

Autorizo a Saint Alphonsus a divulgar expedientes médicos según lo establecido en esta autorización:

Firma del paciente o representante personal

Fecha (debe tener fecha)

Nombre del paciente o representante personal
(Si no está firmado por el paciente)

Autoridad para actuar como representante
(Se requiere la documentación)

Entregue el formulario lleno al Departamento de Manejo de Información de Salud de Saint Alphonsus
Correo electrónico: **BO-HIM-ReleaseOfInfo@saintalphonsus.org**

☐ ID Verificado Liberado por:

Departamento:

Fecha:



Saint Alphonsus

A Member of Trinity Health

Notice Informing Individuals About Nondiscrimination, Availability of Language Assistance, Auxiliary Aids, and Accessibility Services

Saint Alphonsus Health System understands that we all have different lived experiences, needs, identities, customs, and abilities. We are committed to providing quality, accessible, equitable care and services that are responsive to the needs of the diverse communities served.

Saint Alphonsus Health System welcomes all individuals who come to us for care, treatment, and services. We comply with all Federal civil right laws and do not exclude anyone or treat them differently because of their age, race, color, ethnicity (including limited English proficiency and primary language), national origin, religion, culture, language, physical or mental disability, socioeconomic status (including ability to pay or participation in Medicaid, Medicare or Children's Health Insurance Program), sex (including sex at birth or legal sex), sex characteristics (including intersex traits), pregnancy or related conditions, sex stereotypes, sexual orientation, gender identity or expression, veteran status, or any other category protected by law.

As a sponsored ministry of the Catholic Church, we provide healthcare services guided by the moral principles described in the Ethical and Religious Directives for Catholic Healthcare Services published by the U.S. Conference of Catholic Bishops.

Saint Alphonsus Health System provides free auxiliary aids and communication services, so that people can communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats)
- Free language assistance services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages.

If you need these services, contact

Language Assistance Services at 208-367-2121

Telecommunications Relay Service (TRS): 7-1-1

Saint Alphonsus Health System allows service animals that are trained to do work or perform tasks for the benefit of individuals with a disability.

If you need another type of reasonable modification or accessibility services, please discuss it with your provider or the Section 1557/Americans with Disabilities Act Coordinator:

Language Assistance Services at 208-367-5463

If you believe that Saint Alphonsus Health System has failed to provide these services or discriminated in another way, you can file a grievance with:

Patient Relations

1055 N. Curtis Road

Boise Idaho 83706

(208) 367-6226

BO-Patientrelations@saintalphonsus.org

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

[This notice is available at Saint Alphonsus Health System's website:

www.SaintAlphonsus.org]

Notice of Availability of Language Assistance Services

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) or speak to your provider.

Español / Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) o hable con su proveedor.

Việt / Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-208-367-2121 (Người khuyết tật: 7-1-1) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

中文 / Simplified Chinese

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-208-367-2121（文本电话：7-1-1）或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ / Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) или обратитесь к своему поставщику услуг.

한국어 / Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

українська мова / Ukrainian

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) або зверніться до свого постачальника».

日本語 / Japanese

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

العربية/Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات أو تحدث إلى مقدم الخدمة (TTY: 7-1-1) يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-208-367-2121.

Română/Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți Română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Ajutoarele și serviciile auxiliare adecvate pentru furnizarea de informații în formate accesibile sunt, de asemenea, disponibile gratuit. Apelați 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) sau consultați cu furnizorul dumneavoastră.

ភាសាខ្មែរ / Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាបស់អ្នក។

Deutsch / German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Farsi فارسي (Persian)

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، کمک زبانی رایگان در دسترس شماست. کمک‌ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس نیز به صورت رایگان موجود هستند. با 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Français / French

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) ou parlez à votre fournisseur.

ไทย / Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

नेपाली / Nepali

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) o makipag-usap sa iyong provider.

Kiswahili/Swahili (Bantu)

TAHADHARI: Ikiwa unazungumza Kiswahili, huduma za usaidizi za lugha bila malipo zinapatikana kwako. Usaidizi na huduma zinazofaa za kutoa taarifa katika miundo inayofikika zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) au uzungumze na mtoa huduma wako.

Српски/Serbian

ПАЖЊА: Ако говорите Српски, обезбеђена вам је преводилачка услуга. Додатна одговарајућа помоћ и услуге за пружање информација у доступним форматима такође су доступни без надокнаде. Назовите 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) или разговарајте са вашим пружаоцем услуга.

Soomaali / Somali

FIIRO GAAR AH: Haddaad ku hadasho Soomaali, adeegyo kaalmada luuqadda ah oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Qalab caawinaad iyo adeegyo oo habboon si loogu bixiyo macluumaadka qaabab la adeegsan karo ayaa sidoo kale bilaa lacag heli karaa. Wac 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) ama la hadal bixiyahaaga.

ထာနုာ်လီၤဖဲအံၤ / Karen

ဆူ- နမ့ၢ်ကတိၤ ထာနုာ်လီၤဖဲအံၤ အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကျိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ် ဘျုၣ်လၢ်စ့ၤလၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟ့ၣ်ပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအ ကြးအဘျုး လၢကဟ့ၣ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ် လၢတလၢ်ဘျုၣ်လၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) မ့တမ့ၢ် ကတိၤတၢ်ဒီး နပှၤလၢဟ့ၣ် နၤတၢ်ကွၢ်ထွဲမၤစၢၤတက့ၢ်.

မြန်မာ / Burmese

သတိပြုရန်- သင်က မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုပါက၊ အခမဲ့ ဘာသာစကားအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရရှိနိုင်ပါသည်။ အသုံးပြုနိုင်သော ဖော်မတ်များဖြင့် အချက်အလက်များ ဖော်ပြပေးရန် သင့်လျော်သော အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) သို့ဖုန်းခေါ်ပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ဆောင်ရွက်ပေးသူနှင့် စကားပြောပါ။