

Autorización para la Divulgación de Información

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Últimos 4 dígitos del # de SS: _____ # de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

NOTA: Todos los puntos del 1-6 deben completarse, junto con la firma y la fecha.

| | | |
|--|---|---|
| <p>1.) Divulgue los registros a: (¿Dónde quiere que se envíe la información? ¿Quién puede obtener la información?)</p> | <p>Nombre del individuo, proveedor de salud/hospital/consultorio médico: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de teléfono durante el día: _____ Número de Fax _____</p> | |
| <p>2.) Obtenga los Registros de: (¿Quién tiene la información que usted quiere que se divulgue?) Por favor anote el hospital y/o clínica específica.</p> | <p>Nombre de la organización/hospital o consultorio médico: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de teléfono durante el día: _____ Número de Fax _____</p> | |
| <p>3.) Instrucciones para la divulgación: (¿Cómo quiere la información?)</p> | <p>Método de divulgación/Formato solicitado: (marque uno) <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> My Chart / Epic <input type="checkbox"/> Fax (Al proveedor de salud SOLAMENTE) <input type="checkbox"/> Electrónico <input type="checkbox"/> Otro _____</p> | |
| <p>4.) Propósito de la divulgación: (¿Por qué es necesaria?)</p> | <p><input type="checkbox"/> Cuidado continuo <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Petición del Paciente <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro _____ Yo entiendo que podría cobrarse el costo de las copias de expedientes médicos/imágenes, y tarifas postales, de acuerdo con la ley de Carolina del Sur.</p> | |
| <p>5.) Fecha(s) de tratamiento: (¿Cuándo lo atendieron?)</p> | <p><input type="checkbox"/> Fechas de tratamiento del _____ al _____ (sea específico) <input checked="" type="radio"/> Todas las fechas de tratamiento</p> | |
| <p>6.) Información que se va a divulgar: (¿Qué es lo que quiere que se envíe o divulgue? Marque la casilla apropiada.)</p> | <p><input type="checkbox"/> Información abstracta: Historial y Física, Consultas, Reportes de Laboratorio y Radiología, Resumen del alta, Reportes Operativos/Procedimientos, Reportes del Departamento de Urgencias</p> | <p><input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Progreso del médico/Notas de las visitas <input type="checkbox"/> Otros: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Psicoterapia <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas <input type="checkbox"/> Demográficos</p> |
| <p>Yo entiendo que esta información puede incluir una referencia al cuidado psiquiátrico/psicológico, agresión sexual, abuso de drogas, abuso de alcohol y/o resultados de pruebas de todas las enfermedades infecciosas, incluyendo VIH / SIDA. Esta información le puede haber sido revelada a usted de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad/regulaciones de privacidad de HIPAA. Esto le prohíbe hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por escrito en el consentimiento de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2 o 45 CFR Parte 160 & 164. Una autorización general de divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que abuse del alcohol o drogas.</p> <p>Entiendo que tengo el derecho a cancelar/revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si yo cancelo/revoco esta autorización, lo debo hacer por escrito y presentar mi cancelación/revocación escrita al Departamento de Servicios de Información de Salud (Expedientes Médicos). Entiendo que la cancelación/ revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización, como está indicado en el Aviso de Prácticas de Privacidad. A menos que haya sido cancelada/revocada de otra manera. Esta autorización caducará/terminará en un año a partir de la fecha en que se firmó a menos que se especifique lo contrario.</p> <p>Entiendo que la autorización de divulgación de la información de salud protegida es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Yo no necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Yo entiendo que puedo revisar y / o copiar la información que va a ser divulgada como está estipulado en 45 CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información trae consigo la posibilidad de una divulgación no autorizada por la persona/organización que reciba esta información. Entiendo, que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.</p> <p>Podría requerirse una prueba de identidad, se recomienda que adjunte una copia de su identificación con foto. (NOTA: Conceda un plazo de 30 días para el procesamiento, de acuerdo con los reglamentos federales.)</p> <p>Tenga en cuenta que el procesamiento de este documento divulgará todo el expediente médico solicitado lo cual puede incluir información de otros proveedores.</p> | | |

Nombre del paciente o tutor legal/representante, en letra de
imprenta
X _____
Firma del paciente o tutor legal/representante

Fecha

Relación con el paciente, si firmó el tutor legal