

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**  
**Authorization to Release Protected Health Information**  
**IMPORTANTE: NO LLENAR ESTE FORMULARIO POR COMPLETO PUEDE INVALIDAR ESTA AUTORIZACIÓN.**

Información del paciente: Autorizo a divulgar la información de salud de:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 (Aunque MUSC utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de los correos electrónicos enviados y recibidos, no podemos garantizar la seguridad y confidencialidad de todas las comunicaciones por correo electrónico)

|   |  |
|---|--|
| <b>Divulgar registros médicos de:</b><br>Nombre de la sede/ubicación de la oficina: _____<br>Nombre del proveedor: _____<br>Dirección: _____<br>_____ | <b>Divulgar registros médicos a:</b><br><b>(Persona identificada o compañía o entidad médica)</b><br>Nombre: _____<br>Dirección: _____<br>Teléfono: _____<br>Fax: _____<br>Correo electrónico: _____ |
|---|--|

**Tipo de registros médicos a divulgar (Marque todas las opciones que correspondan)**

Registro completo (las imágenes de radiología NO están incluidas)  
 Resumen (Contiene: historia clínica y examen físico, consultas, informes de laboratorio y radiología, resumen de alta hospitalaria, informes de operaciones/procedimientos, informes del departamento de emergencias e informes de terapia física/ocupacional)  
 Imágenes/DVD de radiología     Registros de vacunas     Lista de medicamentos     Notas del médico sobre la evolución del paciente/Notas de visitas  
 Factura final     Otro: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA REGISTROS DENTALES DE MUSC:**

Registro dental completo     Para cualquier facturación dental, comuníquese con la Oficina de Facturación del CDM al 843-792-7680

**Registros de trastorno por uso de sustancias (SUD) protegidos por Código de Regulaciones Federales, sección 42, Parte 2, y Código de Regulaciones Federales, sección 45, partes 160 y 164:**

Todos mis registros SUD     Únicamente los siguientes registros SUD (sea lo más específico posible, es decir, solo el resumen del alta hospitalario, informes de laboratorio, etc.): \_\_\_\_\_

**Propósito de la autorización:**

Atención continuada     Legal     Paciente/tutor/representante legal  
 Militar     Seguro     Discapacidad     Escuela  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Información que se puede divulgar:**

Fechas de tratamiento entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ (sea específico)      Todas las fechas de tratamiento

**Método de divulgación: (Marque solo uno)**

Correo     Mychart (no incluye imágenes Rad y dentales)     Fax  
 Correo electrónico encriptado     Otro: \_\_\_\_\_

Correo electrónico encriptado (Importante: entiendo que el correo electrónico no encriptado no es seguro; eso significa que podría ser interceptado y visto por otras personas. Al elegir recibir Mi información de salud en un correo electrónico no encriptado, reconozco y acepto estos riesgos.)

**(Si no se selecciona un método, la información se enviará por correo).**

**Autorizo la divulgación de los registros como se indicó anteriormente y entiendo que la divulgación puede incluir información confidencial (salud mental y conductual, pruebas genéticas, VIH/SIDA, enfermedades transmisibles/infecciosas, trastorno(s) por uso de sustancias y agresión sexual)**

Entiendo que tengo derecho a cancelar/revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si cancelo/revoco esta autorización, deberé hacerlo por escrito y presentar mi cancelación/revocación por escrito al Departamento de Servicios de Información de Salud (Registros Médicos) o Servicios de Información de Salud Dental (Registros Dentales). Entiendo que la cancelación/revocación no se aplicará a la información que ya se divulgó en respuesta a esta autorización, como se indica en el Aviso de Prácticas de Privacidad. A menos que se cancele/revoque de otra manera, esta autorización vencerá/concluirá un año después de la fecha que figura más abajo.

Entiendo que autorizar la divulgación de información médica protegida es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento.

Entiendo que puedo revisar o copiar la información que se divulgará, según lo dispuesto en 45 CFR §164.524 (párrafo 45 del Código de Regulaciones Federales, sección 164.524).

Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada por parte de la persona/organización que recibe la información.

Entiendo que solo se proporcionarán los registros disponibles a partir de esta fecha en respuesta a esta solicitud. Si llegara a necesitar más registros en el futuro, será necesaria una nueva solicitud.

Entiendo que recibiré una copia de esta autorización.

Entiendo que puede haber tarifas asociadas con la copia de registros médicos/imágenes y que se pueden cobrar tarifas postales según lo dispuesto por las leyes de Carolina del Sur.

**Adjuntar a esta autorización una copia de la identificación del paciente/tutor legal/representante**  
**ACLARACIÓN: LA LEY HIPAA PERMITE 30 DÍAS desde la recepción para su procesamiento).**

|  |                   |
|--|-------------------|
| Nombre impreso del paciente o tutor legal/representante  | Fecha             |
| Firma del paciente o tutor legal/representante           | Firma del testigo |
| Relación con el paciente, si la firma es del tutor legal |                   |

**Los documentos (órdenes de tribunal, certificado de designación, poderes) de la autoridad del representante del paciente deben adjuntarse si el paciente no firma.**



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**  
**Authorization to Release Protected Health Information**

**Información de la clínica:**  
**Facility Location Information**

Para comunicarse con **MUSC Health Charleston** - Servicios de Información de Salud (Registros Médicos) por escrito, la dirección es: 3 South Park Circle / Bldg. 3 / Suite 103 / Atn.: Divulgación de información / Charleston, SC 29407. El teléfono es (843) 792-3881; el fax es (843) 792-5460 o (843) 876-8055. Correo electrónico: [ROIAuthrequest@MUSC.edu](mailto:ROIAuthrequest@MUSC.edu)

Para comunicarse con **MUSC College of Dental Medicine** - Servicios de Información de Salud Dental (Registros Dentales) por escrito, la dirección es: 3 South Park Circle / Bldg. 3 / Suite 103 / Atn.: Divulgación de información / Charleston, SC 29407. El teléfono es (843) 792-3881; el fax es (843) 792-5460 o (843) 876-8055. Correo electrónico: [cdm-roi-auth@musc.edu](mailto:cdm-roi-auth@musc.edu)

Para comunicarse con **MUSC Health Columbia Downtown/Northeast/Clinics** - Servicios de Información de Salud (Registros Médicos) por escrito, la dirección es 2435 Forest Drive, Columbia, SC 29204. El teléfono es (803) 256-5722; el fax es (803) 400-5065. Correo electrónico: [COLROI-authrequest@musc.edu](mailto:COLROI-authrequest@musc.edu)

Para comunicarse con **MUSC Health Chester** - Servicios de Información de Salud (Registros Médicos) por escrito, la dirección es 1 Medical Park Drive, Chester, SC 29706. El teléfono es (803) 581-3151, interno 5214; el fax es (843) 985-9624. Correo electrónico: [ches-roiauthrequest@musc.edu](mailto:ches-roiauthrequest@musc.edu)

Para comunicarse con **MUSC Health Florence** - Servicios de Información de Salud (Registros Médicos) por escrito, la dirección es 805 Pamplico Hwy. / Florence, SC 29505. El teléfono es (843) 674-2160; el fax es (843) 674-2197. Correo electrónico: [flor-roi-request@musc.edu](mailto:flor-roi-request@musc.edu)

Para comunicarse con **MUSC Health Kershaw** - Servicios de Información de Salud (Registros Médicos) por escrito, la dirección es 1315 Roberts Street, Camden SC 29020. El teléfono es (803) 713-6232; el fax es (803) 713-6600 o (803) 713-6327. Correo electrónico: [KMCROI-authrequest@musc.edu](mailto:KMCROI-authrequest@musc.edu)

Para comunicarse con **MUSC Health Lancaster** - Servicios de Información de Salud (Registros Médicos) por escrito, la dirección es 800 West Meeting Street / Lancaster, SC 29720. El teléfono es (803) 313-3146 o (803) 313-3147; el fax es (803) 286-1871. Correo electrónico: [lanc-roi-requests@musc.edu](mailto:lanc-roi-requests@musc.edu)

Para comunicarse con **MUSC Health Marion** - Servicios de Información de Salud (Registros Médicos) por escrito, la dirección es 2829 East Highway 76 / Mullins, SC 29574. El teléfono es (843) 431-2428; el fax es (843) 431-2432. Correo electrónico: [mari-roi-auth@musc.edu](mailto:mari-roi-auth@musc.edu)

Para comunicarse con **MUSC Health Orangeburg** - Servicios de Información de Salud (Registros Médicos) por escrito, la dirección es 3000 St. Matthews Road / Orangeburg, SC 29118. El teléfono es (803) 395-2272; el fax es (803) 395-4011. Correo electrónico: [OBG-ROI-Auth@musc.edu](mailto:OBG-ROI-Auth@musc.edu)