



AUTHRELS

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD

Page 1 of 1

Form Origination Date: 8/2007

Version: 5

Version Date: 12/15

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: _____

Número de teléfono: _____

MRN (uso interno solamente): _____

Este formulario se debe completar en su totalidad para ser considerado válido.

Marcar UNA casilla Divulgar información a: <input type="checkbox"/> (¿A dónde quiere que se envíe la información? ¿Quién puede recibir la información?) O Obtener información de: <input type="checkbox"/> (¿Quién tiene la información que quiere que se divulgue?) Por favor indicar el hospital y/o la clínica específicos.	NOMBRE/ORGANIZACION: _____ Atención a: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____ Número de teléfono de día: _____ Número de fax: _____	
	Instrucciones sobre la divulgación: (¿Cómo quiere que se divulgue información?) Método de divulgación/formato solicitado: (marcar una) <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> DVD/CD <input type="checkbox"/> My Chart/Epic <input type="checkbox"/> Fax (solo a proveedor médico) <input type="checkbox"/> Otro _____	
Propósito de la divulgación: (¿Por qué se necesita?)	<input type="checkbox"/> Cuidados continuos <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Solicitud del paciente <input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro _____ Entiendo que puede cobrarse el costo de las copias de la información médica y del franqueo, conforme a la ley del estado de Carolina del Sur.	
Fecha de tratamiento(s): (¿Cuándo se atendió)	<input type="checkbox"/> Fechas de tratamiento desde _____ hasta _____ (Por favor especificar) <input type="checkbox"/> Todas las fechas de tratamiento	
La información a divulgarse: (¿Qué quiere que se envíe o se divulgue?) Marcar la casilla correspondiente.)	<input type="checkbox"/> Expediente completo <input type="checkbox"/> Imágenes/DVD <input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación <input type="checkbox"/> Listado de medicamentos <input type="checkbox"/> Notas de evolución y de visitas	<input type="checkbox"/> Información abstracta Historial y examen físico, consultas, informes de laboratorio y de radiología, resumen de alta, informes operatorios y de procedimientos, informes del departamento de emergencia, informes de terapia física/ ocupacional. <input type="checkbox"/> Psicoterapia <input type="checkbox"/> Otros: _____
<p>Yo entiendo que esta información puede incluir referencias a atención psiquiátrica/psicológica, asalto sexual, abuso de drogas, resultados para todas las enfermedades infecciosas, incluyendo VIH/SIDA, y/o abuso de alcohol.</p> <p>Entiendo que tengo el derecho de cancelar / revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si cancelo/revoco esta autorización deberá ser por escrito, y presentar mi cancelación/revocación escrita en el Departamento de Servicios de Información Médica (Medical Records). Entiendo que la cancelación/revocación no aplica a la información que ya haya sido revelada bajo esta autorización, según se indica en el Informe de Normas de Confidencialidad. A menos que sea cancelada o revocada, esta autorización vence/termina un año después de firmado o _____.</p> <p>Entiendo que autorizar la divulgación de información protegida de salud es voluntario. Me puedo negar a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que puedo revisar y/o copiar la información a divulgarse, según se prevé en 45 CFR §164.524 Entiendo que cualquier revelación de información conlleva la posibilidad de revelaciones no autorizadas por parte de la persona/organización que la recibe. Entiendo que se me entregará una copia de esta autorización.</p> <p>Se copiará mi identificación y se adjuntará a esta autorización. (NOTA: LAS LEYES DEL ESTADO PERMITEN 45 DÍAS para procesar el pedido).</p>		

Nombre del Paciente o Tutor Legal / Representante escrito en letra de imprenta

Fecha

X

Firma del paciente o tutor legal/representante

Relación con el paciente, en caso de firmar el Tutor Legal o Representante

Firma del testigo

Si el/la paciente no firma esta autorización, deben adjuntarse documentos para comprobar la autoridad de la persona que firma en su representación.

Para contactar a la Sección de Servicios de Información Médica (Medical Records) por escrito, la dirección es: 169 Ashley Avenue / MSC 349 / Suite 200/ Attn: Release of Information / Charleston, South Carolina 29425- 3490; el teléfono es (843) 792-3881. El número de fax es el (843) 876-8080 o (843) 876-8055.

Original to Health Information Services (medical records department)

Copy to patient