



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.

Form with 6 numbered sections: 1.) Divulgue los registros a; 2.) Obtenga los Registros de; 3.) Instrucciones para la divulgación; 4.) Propósito de la divulgación; 5.) Fecha(s) de tratamiento; 6.) Información que se va a divulgar.

Yo entiendo que esta información puede incluir una referencia al cuidado psiquiátrico/psicológico, asalto sexual, abuso de drogas, abuso de alcohol y/o resultados de pruebas de todas las enfermedades infecciosas, incluyendo VIH / SIDA.

Yo 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).

Yo 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.

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.)

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

Fecha

Firma del paciente o tutor legal/representante

Relación con el paciente, si firmó el tutor legal

Deben adjuntarse documento(s) de la autoridad del representante del paciente, si no firma el paciente.

Cuando solicite que GHS envíe expedientes, regrese este formulario a:

255 Enterprise Blvd., Suite 120, Greenville, S.C. 29615; Teléfono (864) 454-4600 Fax (864) 454-4654