

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.

1.) Divulgue los registros a: (¿Dónde quiere que se envíe la información? ¿Quién puede obtener la información?)	Nombre del individuo, proveedor de salud/hospital/consultorio médico: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de teléfono durante el día: _____ Número de Fax _____	
2.) Obtenga los Registros de: (¿Quién tiene la información que usted quiere que se divulgue?) Por favor anote el hospital y/o clínica específica.	Nombre de la organización/hospital o consultorio médico: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de teléfono durante el día: _____ Número de Fax _____	
3.) Instrucciones para la divulgación: (¿Cómo quiere la información?)	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 _____	
4.) Propósito de la divulgación: (¿Por qué es necesaria?)	<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.	
5.) Fecha(s) de tratamiento: (¿Cuándo lo atendieron?)	<input type="checkbox"/> Fechas de tratamiento del _____ al _____ (sea específico) <input checked="" type="radio"/> Todas las fechas de tratamiento	
6.) Información que se va a divulgar: (¿Qué es lo que quiere que se envíe o divulgue? Marque la casilla apropiada.)	<input type="checkbox"/> Resumen de Información del Historial y Física, Consultas, Reportes de Laboratorio y Radiología, Resumen del alta, Reportes Operativos/Procedimientos, Reportes del Departamento de Urgencias, y Reportes de Terapia Ocupacional/Física.	<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: _____
	<input type="checkbox"/> Psicoterapia <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas <input type="checkbox"/> Demográficos	
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). 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. 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. Yo entiendo que puedo revisar y / o copiar la información que va a ser divulgada como está estipulado en 45 CFR 164.524. Yo entiendo que cualquier divulgación de información trae consigo la posibilidad de una divulgación no autorizada por la persona/organización que reciba esta información. Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. 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.) Tenga en cuenta que el procesamiento de este documento divulgará todo el expediente médico solicitado lo cual puede incluir información de otros proveedores		

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

Fecha

x _____
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 Prisma Health envíe expedientes, regrese este formulario a:
255 Enterprise Blvd., Suite 120, Greenville, S.C. 29615; Teléfono (864) 454-4600 Fax (864) 454-4654