



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO SERÁ UTILIZADA POR TODOS LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD DEL GREENVILLE HEALTH SYSTEM, A MENOS QUE SEA REVOCADA O MODIFICADA POR ESCRITO POR EL PACIENTE.

Nombre del Paciente (LETRA DE IMPRENTA) _____

Fecha De Nacimiento _____

(Sólo para uso de la oficina)

Expediente # _____

Autorización para la Divulgación de Información Médica: La privacidad de su información médica es importante. Nosotros discutiremos su condición médica con la persona(s) que usted designe.

¿QUIERE DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA U OTRO INDIVIDUO CON EL CUAL EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU CONDICIÓN MÉDICA? SI ES ASÍ, ¿A QUIÉN? (Marque y complete una)

Los siguientes familiares u otros individuos pueden recibir información acerca de mi condición médica: Escriba en letra de imprenta el nombre y apellido(s) _____

Cualquier miembro de la familia u otro individuo que pregunte sobre mi condición médica puede recibir información de mi proveedor, EXCEPTO los siguientes individuos: Escriba en letra de imprenta el nombre y apellido(s) _____

Usted puede revocar/cancelar o modificar/cambiar la designación de arriba, pero la revocación o modificación debe hacerse por escrito.

NOTA: Esta designación no le da a los individuos arriba mencionados el derecho de tomar decisiones por usted sobre su cuidado de salud. Si en algún momento usted no puede dar su consentimiento para el cuidado o tratamiento, seguiremos el procedimiento establecido en la Ley de Consentimiento para Cuidados de Salud para Adultos de Carolina del Sur.

Comunicación Confidencial: Por favor proporcione el número(s) de teléfono donde lo podamos localizar:

Hogar: Trabajo: Teléfono celular: Otro:

Mensajes: Podemos dejar un mensaje para pedirle que nos regrese la llamada en la siguiente contestadora o correo de voz: (Marque todas las que correspondan)

Hogar Trabajo Teléfono Celular No autorizo

Yo autorizo a que dejen mi información médica en la siguiente contestadora o correo de voz: (Marque todas las que correspondan)

Hogar Trabajo Teléfono Celular No autorizo

Si no podemos comunicarnos con usted o dejar un mensaje en el número(s) telefónico(s) arriba mencionado(s), por favor indique con quién le podemos dejar un mensaje para pedirle que usted nos llame.

Nombre Número Telefónico

Nombre Número Telefónico

Nota: Un sistema automatizado para recordar citas podría llamar al número que aparece en nuestra base de datos.

Firma: Por la presente autorizo la divulgación de mi condición e información médica como se describe anteriormente.

Firma del Paciente/ Representante del Paciente: Fecha: Hora:

Nombre en Letra de IMPRENTA (si usted es el Representante del Paciente):

Relación con el Paciente (si usted es el Representante del Paciente):

GHS Representative: Date: Time:

Form Create Date: December 30, 2013