



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Historia clínica n.º _____ Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social _____

- Por medio del presente, autorizo al custodio de las historias clínicas en Beaufort Memorial Hospital que divulgue lo siguiente:
- Por medio del presente, autorizo a Beaufort Memorial Hospital a obtener historias clínicas de:

Nombre de la persona u organización: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

El propósito de la divulgación es: Atención continua Legal Seguro Discapacidad Solicitud del paciente

Otro: _____ Fechas de los servicios: _____

Se proporciona un "resumen" de la historia clínica como primer nivel de divulgación de la información (resumen global de la historia completa). Esto incluye: carátula, antecedentes y exploración física, interconsultas, informes radiológicos y de laboratorio, resumen del alta, informes quirúrgicos o de procedimientos, informes del Departamento de Urgencias, informes de patología.

Es posible que se solicite la siguiente información según las necesidades del solicitante:

<input type="checkbox"/> Informes radiológicos, radiografías o imágenes	<input type="checkbox"/> Registro del Departamento de Urgencias	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Antecedentes y exploración física	<input type="checkbox"/> Historia clínica completa	<input type="checkbox"/> Otro

Comprendo que esta información puede incluir referencias de atención psiquiátrica o psicológica, agresión sexual, abuso de drogas, resultados de exámenes de detección de todas las enfermedades infecciosas como VIH o SIDA, o abuso de alcohol.

Comprendo que la autorización para el uso o divulgación de la información identificada anteriormente es voluntaria. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento de atención de salud. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Comprendo que puedo revisar u obtener una copia de la información que se divulgará, de acuerdo con 45 CFR 164.524. Comprendo que cualquier divulgación de la información lleva consigo la posibilidad de divulgaciones no autorizadas por parte de la persona u organización que recibe la información. Comprendo que recibiré una copia de esta autorización.

Se adjuntará una copia de mi identificación a esta autorización

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si informo por escrito a la persona u organización que proporciona la información. No obstante, la revocación no será válida en los siguientes casos:

- (a) Que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización.
- (b) Si esta autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro y la ley le confiere al asegurador el derecho de impugnar una reclamación en virtud de esta política o la política en sí.

Comprendo que la información que autorizo para que una persona o entidad reciba puede volverse a divulgar y que ya no esté protegida por las normas federales sobre privacidad.

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o ante la siguiente eventualidad: _____

Si no especifico una fecha de vencimiento o eventualidad, esta autorización vencerá en 180 días, a partir de la fecha de su firma.

Comprendo que es posible que me cobren por las copias de la historia clínica y por el franqueo

Firma: _____

Paciente o representante legal

Fecha y hora

Relación

Testigo

Fecha y hora

La ley nos exige que respondamos esta solicitud en un plazo de 30 días a partir de su recibo.