

Beaufort Memorial Hospital
955 Ribaut Road Beaufort, SC 29902

Autorización para usar o divulgar información sanitaria protegida

Por la presente autorizo el uso o divulgación de la información sanitaria de la persona mencionada, según se describe a continuación.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

City: _____

Estado: _____ Zip: _____

Récord médico #: _____ Cuenta #: _____ Teléfono #: _____

Por la presente autorizo a la siguiente persona u organización

Hospital Conmemorativo Beaufort Otros (nombre del médico o ubicación): _____

Para facilitar copias de mi información sanitaria protegida a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Fax #: _____

Correo electrónico:

Por la presente autorizo a Beaufort Memorial Hospital a obtener copias de mi información sanitaria protegida de:

Fechas de tratamiento: _____ Propósito de la solicitud: _____

*** Se hará una copia de mi identificación y se adjuntará a esta autorización***

La siguiente información debe ser divulgada (por favor, compruebe):

<input type="checkbox"/>	Resumen de baja	<input type="checkbox"/>	Informes de radiología o imagen
<input type="checkbox"/>	Historia y Física	<input type="checkbox"/>	Historial en urgencias
<input type="checkbox"/>	Notas de oficina	<input type="checkbox"/>	Facturación
<input type="checkbox"/>	Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/>	Otros _____

Para los registros entregados directamente al paciente, hay un cargo*.

Las tasas cobradas por copias de historiales médicos están de acuerdo con el código de Carolina del Sur. § 44-7-325

Información Sensible	Entiendo que la información de mi expediente puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA o infección por VIH. También puede incluir información sobre servicios o tratamientos de salud mental o conductual para el abuso de alcohol y drogas.
Derecho a revocar	Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya haya sido publicada basándose en esta autorización.
Expiración	Salvo que se revoque lo contrario, esta autorización expirará en la siguiente fecha o cuando ocurra el siguiente evento o condición: _____ Si no especifico una fecha de caducidad, evento o condición, esta autorización expirará en 180 días.
Redivulgación	Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de ser redivulgada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
Otros derechos	Entiendo que autorizar la divulgación de esta información sanitaria es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Sin embargo, si esta autorización es necesaria para participar en un estudio de investigación, mi inscripción puede ser denegada. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se va a utilizar o divulgar, según lo dispuesto en el CFR §164.524. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información sanitaria, puedo contactar con el Departamento de Servicios de Información Sanitaria en _____ (número de teléfono).

Firma del paciente o representante legal _____ Fecha: _____

Si firmado por el representante legal, relación con el paciente _____

Solo uso del bastón

***Si envía los registros por fax a BMH, fax a:** _____

Nombre _____ Teléfono# _____ Fax# _____

Fecha de envío: _____ Páginas enviadas: _____