



# Beaufort Memorial HOSPITAL

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD 1 de 2

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ N° de Registro médico \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N° de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo al Custodio de Registros Médicos en Beaufort Memorial Hospital a:

**DIVULGAR A:**

**OBTENER DE:**

Persona/Centro/Agencia \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_  
 N° de teléfono \_\_\_\_\_

Descripción detallada de la información que podrá utilizarse/divulgarse:

- |   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta                                   | <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado   | Fechas del tratamiento _____ |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico                       | <input type="checkbox"/> Paciente Ambulatorio     | Fechas del tratamiento _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) de operación                            | <input type="checkbox"/> Sala de emergencias      | Fechas del tratamiento _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) de laboratorio                          | <input type="checkbox"/> Informe(s) de radiología |                              |
| <input type="checkbox"/> Por favor presente los registros médicos completos | <input type="checkbox"/> Otros _____              |                              |

Esta información será utilizada/divulgada con los siguientes objetivos:

- Continuar la atención  Personal  Legal  Otros \_\_\_\_\_

Autorizo a Beaufort Memorial Hospital a divulgar información sensible conforme se dispone:

- SIDA/VIH  Enfermedad de transmisión sexual  
 Abuso de drogas/Alcohol  Salud mental/de conducta

Comprendo que autorizar la utilización o divulgación de la información dispuesta con anterioridad es un acto voluntario. No necesito firmar este formulario a fin de asegurar el tratamiento de atención médica.

Comprendo que podré revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la persona/organización que brinda la información. Sin embargo, la revocación no será válida si:

- (a) Ya se ha actuado conforme a lo dispuesto en la presente autorización; o  
 (b) Si la presente autorización se obtiene como condición para recibir cobertura de seguro y la ley dispone para el asegurador el derecho de rechazar un reclamo conforme a la política o la política en sí misma.

Comprendo que la información que yo autorizo a recibir a una persona o entidad podrá volver a divulgarse y, en tal caso, ya no gozará de la protección dispuesta en las regulaciones de privacidad federal.

La presente autorización vencerá en la fecha o acontecimiento que se indica a continuación: \_\_\_\_\_

Si yo no detallo una fecha de vencimiento o acontecimiento, la presente autorización vencerá a los 180 días a partir de la fecha en la cual se firmó.

Firma: \_\_\_\_\_  
 Paciente o representante legal/Fecha  
 \_\_\_\_\_  
 Testigo/Fecha

La ley nos exige a responder a esta solicitud dentro de los 30 días de su recepción.



# Beaufort Memorial HOSPITAL

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD 2 de 2

**NOTA:** *La emisión de una copia personal o el traslado permanente de sus registros estarán sujetos al pago de un arancel. Se ha contratado un servicio de copiado a fin de brindar este servicio, el cual le será facturado directamente a usted.*

### INFORMACIÓN MÉDICA DIVULGADA

Historia de laboratorio completa \_\_\_\_\_  
DS \_\_\_\_\_ EKG \_\_\_\_\_  
OP \_\_\_\_\_ X-Ray \_\_\_\_\_  
H&P \_\_\_\_\_ Pat. \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
Número de páginas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Especialista en divulgación de información

\_\_\_\_\_  
Fecha

Creado: 03/08/06

Revisado: 03/28/06; 03/28/10; 04/30/10