



Beaufort Memorial HOSPITAL

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Nº de Registro médico _____ Los últimos 4 dígitos de número de Seguro Social _____

- Yo autorizo a Beaufort Memorial Hospital a dar información a:
 Yo autorizo a Beaufort Memorial Hospital a obtener información de:

Nombre de individuo / Centro/Agencia: _____

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

Nº de teléfono: _____ Nº de Fax #: _____

El propósito da la divulgación es: Continuar la atención Legal Sustantivo **Disability** Solicitud del Paciente

Otros: _____ Fecha de Servicio: _____

Un "abstracto" del expediente médico se proporciona como la divulgación de la información preliminar (un resumen exhaustivo de todo el expediente). Esto incluye: historia y examen físico, consultas, informes de laboratorio y radiología, resumen de alta, informes de operaciones / procedimiento, informes del Departamento de Emergencia, informes de terapia ocupacional / física.

Despues de revisar la información del "abstracto," puede que se solicite siguiente información adicional:

<input type="checkbox"/> Radiografías/ imágenes	<input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos	<input type="checkbox"/> Notas de evolución y de visitas
<input type="checkbox"/> órdenes médicas	<input type="checkbox"/> Notas de enfermería	<input type="checkbox"/> Historia medica completa	<input type="checkbox"/> Otros:

Yo entiendo que esta información puede incluir referencia a atención psiquiátrica/ psicológica, asalto sexual, abuso de drogas, resultados para todas las enfermedades infecciosas incluyendo VIH / SIDA y / abuso de alcohol.

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. Entiendo que puede revisar y /o copiar la información que será divulgada como se prevé en 45 CFR §164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información carga consigo la posibilidad de una divulgación no autorizada por parte de la persona u organización que la recibe. Entiendo que se me entregará una copia de esta autorización.

Se fotocopiará mi identificación y una copió será adjunta a esta autorización.

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.

Entiendo que se pudiera cobrar el costo de las copias de los expedientes médicos y de franqueo..

Firma: _____
 Paciente o representante legal/Fecha Relación

 Testigo/Fecha

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