

Maury Regional Health*

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del NSS _____

Dirección: _____ Número de Teléfono _____

Solicito y autorizo que: _____

Se divulgue mi información de salud a: _____
(Yo mismo o el Nombre y Dirección del Beneficiario– Especifique: Abogado, Aseguranza, etc.)

Se obtenga mi información de salud de: _____
(Nombre y Dirección – Especifique: Hospital, Médico, etc.)

PROPÓSITO: Cuidados Adicionales Legal Aseguranza Pagos o Facturación Uso Personal

Fecha(s) de tratamiento para ser divulgada(s): _____ al: _____ (introduzca fecha(s) específica(s))

Información para ser divulgada: Informes del Laboratorio Informes de Imágenes (Rayos-X) Registros de la Sala de Emergencias Facturación Otro _____

Extracto de Historial Médico (Historial y Examen Físico, Resumen de Dada de Alta, Consultas, Informe Operativo, y Patología, si corresponde)

Deseo: Copias en papel Copias en un disco compacto Copias en una unidad USB una copia electrónica enviada por correo electrónico** a mí a la:

Dirección de Correo Electrónico: _____

Entiendo que:

- no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento, pago, ni para ser elegible para beneficios.
- la divulgación de mi información puede incluir información acerca del diagnóstico y/o tratamiento de otras instalaciones o proveedores.
- esta autorización permanecerá vigente por **noventa (90) días** después de la fecha grabada líneas abajo.
- esta autorización puede ser revocada en cualquier momento con una solicitud por escrita al Departamento HIM (Registros Médicos).
- el revocar esta autorización previene la divulgación adicional pero no puede deshacer ninguna divulgación de información que ya haya ocurrido.
- una vez que la información sea divulgada debido a esta solicitud, podría ser divulgada por el beneficiario y la información ya no puede ser protegida por reglamentos federales de privacidad.
- el enviar un correo electrónico no cifrado o no seguro presenta el riesgo de que el archivo sea visto por personas desconocidas a lo largo del internet.**Los registros serán enviados por correo electrónico de manera segura/cifrada a menos que se instruya de otra manera.

• Entiendo también que mis registros pueden incluir información acerca de la diagnosis de tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas; enfermedad psiquiátrica o mental; y/o enfermedades transmitidas sexualmente (STDs), tanto como información de SIDA o VIH Y que puedo limitar la divulgación de este tipo de información.

• Mi firma abajo autoriza que la instalación especificada líneas arriba suministre u obtenga la información especificada líneas arriba aunque la confidencialidad de la información puede ser protegida por la ley y reglamentos Federales y Estatales

• La instalación por el presente es liberada y descargada de cualquier responsabilidad, y encontrará la instalación sin perjuicio por cumplir con esta autorización.

Nombre en letra de molde del Paciente o Individuo Autorizado

Firma de Paciente o Individuo Autorizado

Fecha y hora de firma

(Si la firma arriba no es la del paciente, por favor, explique por qué. Evidencia documentaria de tutelaje puede ser requerida para acompañar este formulario)

Form 131S 05/2017



131S

*Maury Regional Health operando comercialmente como Maury Regional Hospital d/b/a, Maury Regional Medical Center, Maury Regional Hospital d/b/a Marshall Medical Center, Maury Regional Hospital d/b/a Wayne Medical Center, y Maury Regional Medical Group, Inc.