Autorización para la divulgación de Información de salud protegida

Patient's Name _____

Patient's Medical Record Number _____

Or Affix Label

Nombre del paciente: _____ Nombres de soltera/anteriores: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Instrucciones: Complete cada sección del formulario en su totalidad. No hacerlo puede retrasar el procesamiento de su solicitud.

Liberar información de:	Divulgar información a:
Nombre/Instalación: _____	Nombre/Instalación: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, Estado y Código Postal: _____	Ciudad, Estado y Código Postal: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
Fax: _____	Fax: _____

Propósito de la liberación

☐ Atención médica continua ☐ Compensación laboral ☐ Determinación de discapacidad ☐ Personal

☐ Reclamación del seguro ☐ Solicitud de Seguro ☐ Legal ☐ Otro : _____

Información de fecha deseada por: _____

Formato de lanzamiento (marque solo 1 opción):

1. ☐ Pape1 via ☐ Correo OR ☐ Recolectar OR ☐ Fax (según sea apropiado) Fax #: _____
2. ☐ USB via ☐ Correo OR ☐ Recolectar
3. ☐ Electrónico a través del portal para pacientes My Sanford Chart
   ☐ Lanzamiento a TODOS los representantes de My Sanford Chart ☐ Correo electrónico a la dirección anterior

Información que se divulgará

Fechas de servicio: Comienzo: _____ Fin: _____ Y todos los registros futuros hasta que caduque la autorización
Resumen (historial y examen físico, resumen de alta, informes operativos, consultas, notas de visitas ambulatorias, resultados de pruebas, laboratorios, notas de urgencias, notas de proveedores relacionadas con un período de tiempo específico).

☐ Resumen de alta ☐ Registros de la sala de emergencias ☐ Historia y Física ☐ Notas de visitas a la clínica
☐ Evaluaciones Psicológicas ☐ Informes de ECG/cardiología ☐ Registros de inmunización ☐ Informes Operativos
☐ Informes de laboratorio y patología ☐ Imágenes de Radiología ☐ Informes de radiología ☐ Registro médico completo (se puede aplicar un cargo)
☐ Estados de cuenta ☐ Registros de tratamiento de alcohol y drogas
☐ Formularios de reclamo hospitalario ☐ Formulario de reclamo de la clínica
☐ Otro:_____

_____ Autorizo la divulgación de todos los registros de tratamiento de alcohol y/o drogas que sean parte de los registros que especifiqué anteriormente, a menos que se indique lo contrario a continuación.:

_____ No divulgue registros de tratamiento de alcohol o drogas protegidos por la ley federal.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito al centro/proveedor que divulga los registros. Una revocación no es válida si (1) se tomó acción previamente basándose en esta autorización, o (2) si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro. Autorizo al centro/proveedor a revelar información médica a la parte identificada en la sección "Divulgar información a". Entiendo que esto puede incluir información sobre salud mental, uso de alcohol/drogas y tratamiento del VIH. Entiendo que una vez divulgada, el destinatario puede volver a divulgar la información y dejar de estar protegida. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar. A menos que lo permita la ley, mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, recibir pagos o mi elegibilidad para recibir beneficios. **Esta autorización vence un año a partir de la fecha de mi firma, a menos que especifique aquí un evento, propósito o fecha de vencimiento alternativa diferente.:** _____**.** Si el paciente tiene 17 años o menos, el padre o tutor legal debe firmar y fechar el formulario, a menos que exista una excepción según la ley estatal o federal. Por favor indique su relación: ☐ Guardián legal

Firma: _____ Fecha: _____ Tiempo: _____

Relación de la persona que firma (si no es paciente): _____

En caso de diferentes interpretaciones de la versión española, la versión inglesa es la versión legalmente vinculante.