

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.)

PROPOSITO: 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
(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)

Firma de Paciente o Individuo Autorizado

Fecha y hora de firma

Form 131S 05/2017



131S