

N.º de registro médico: _____

The University of Mississippi Medical Center (UMMC)
Autorización para la divulgación de información de salud

** El UMMC no aceptará formularios incompletos **

Seleccione la ubicación para la que autoriza la divulgación de su información de salud protegida (PHI).

☐ **Jackson:** 2500 North State Street Jackson, MS 39216

☐ **Madison:** 161 River Oaks Drive Canton, MS 39046

☐ **Grenada:** 960 J K Aven Drive Grenada, MS 38901

☐ **Clínica/Otra** (especificar): _____

☐ **Lexington:** 239 Bowling Green Road Lexington, MS 39095

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: ____/____/____ NSS: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____

Divulgación de información

Divulgar a: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Objetivo de la divulgación

☐ Personal ☐ Legal/Abogado ☐ Seguro ☐ Discapacidad ☐ Atención continua ☐ Escuela

☐ Indemnización laboral ☐ Otros (especifique): _____

PHI que se divulgará

Formato de la divulgación: ☐ Papel ☐ Electrónico ☐ Acceso de visualización según lo programado

Fechas de servicio: Desde ____/____/____ Hasta ____/____/____ **La información se necesita a más tardar el (opcional):** ____/____/____

☐ Historia y examen físico ☐ Informes radiológicos ☐ Notas de terapia ocupacional

☐ Informe operativo ☐ Imágenes radiológicas ☐ Registros dentales

☐ Notas de progreso ☐ Informe de la sala de emergencias ☐ Registro médico completo
(No incluye imágenes)

☐ Resumen de alta

☐ Registro de vacunación

☐ Informes de laboratorio

☐ Notas de fisioterapia

☐ Otra: _____

Divulgación de información sensible: Entiendo que esta información de salud puede incluir información sensible. Al firmar este formulario, autorizo específicamente la divulgación de cada elemento de información sensible en el que escribí mis iniciales:

____ Información sobre tratamiento de abuso de sustancias

____ Información sobre salud mental

____ Información relacionada con el VIH (incluidas las pruebas relacionadas con el SIDA)

____ Pruebas genéticas

____ Otro tipo de abuso

Derechos del paciente

Esta autorización vencerá dentro de 6 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que cuando doy permiso para divulgar mi información de salud o retiro el permiso a otro centro o persona, debo ponerme en contacto con esa entidad. Si desea retirar su permiso, envíe una notificación por escrito con la firma y fecha de la información del paciente que se hubiera divulgado a: UMMC, Attention: Office of Integrity & Compliance, 2500 North State Street, Jackson, MS 39216-4505. La notificación debe incluir información detallada, tal como se identifica en la solicitud de autorización original. Entiendo que la información que se utiliza o divulga en virtud de esta autorización puede quedar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por los reglamentos federales sobre privacidad. Entiendo que este formulario es voluntario y que UMMC no condicionará mi tratamiento al hecho de dar esta autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo. He leído atentamente y comprendo los Derechos del paciente arriba indicados y, por la presente, autorizo expresa y voluntariamente la divulgación de toda la información solicitada en esta autorización, incluida la "Divulgación de información sensible". **Ratifico esta autorización con mi firma abajo**

____/____/____
Firma del paciente/representante Descripción Fecha

____/____/____
Testigo Fecha

*** Si este formulario se firma en nombre de un representante del paciente, la persona que firma debe documentar la relación que se haya indicado.*

*** Si el paciente mencionado arriba es menor de 18 años, este formulario de autorización (y cualquier revocación) debe firmarlo un padre, tutor u otra persona que actúe in loco parentis que tenga la autoridad para actuar en nombre del menor. Como persona que firma en nombre del paciente, yo, el padre, tutor, parte que actúa como loco parentis o representante legal garantizo que tengo la autoridad legal para actuar en nombre del paciente y que no tengo prohibición emitida por orden judicial ni según la ley para tener acceso a los registros médicos solicitados.*