

Individuo: (Nombre e información de la persona cuya información médica protegida se está divulgando)

Nombre del paciente (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE): _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

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

Autorización y propósito: Autorizo a Shannon a divulgar mis registros de información médica a:

Usted

Persona/Organización/Proveedor de atención médica autorizado para recibir mis antecedentes: _____

Dirección (ciudad, estado, código postal) _____

Nombre del contacto _____

Teléfono _____

Fax _____

Relación conmigo _____

Se necesita información del paciente para: (seleccione una opción)

Atención médica continua Uso militar Uso personal Escuela Seguro

Fines legales Discapacidad del Seguro Social Próxima cita (indicar fecha): _____

Descripción específica de la información que se utilizará o divulgará: (tenga en cuenta que esta sección NO PUEDE utilizarse para publicar notas de psicoterapia)

Fechas de tratamiento (rango de fechas) desde: _____ hasta: _____ Hospital Clínica

Antecedentes de trastornos por consumo de sustancias

Autorizo la divulgación de la siguiente información, incluidos todos los antecedentes que incluyan cualquier trastorno por consumo de sustancias y/o antecedentes de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias

Autorizo la divulgación de la siguiente información, a excepción de todos los antecedentes que incluyan cualquier trastorno por consumo de sustancias y/o antecedentes de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias

Solo la información y antecedentes que se indican a continuación (marque todas las opciones que correspondan):

Visitas al consultorio médico Historial/examen físico Resultados de laboratorio Resumen del alta Registro de vacunas

Informes de operaciones Informes de consultas Imágenes de radiología Informes de radiología Informes de patología

Instrucciones de alta Informe de urgencias Resumen posterior a la visita Registro completo

FORMATO SOLICITADO PARA LA INFORMACIÓN A PROPORCIONAR

Papel CD My Chart Recolección Correo

Correo electrónico (cifrado mediante de ShareFile) a la dirección de correo electrónico especificada anteriormente

Fecha de revisión:



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

SOLO PARA USO DE OFICINA:

Identificación confirmada: _____
Tipo de identificación/N.º de identificación _____

Vencimiento, derecho de revocación y reconocimiento de nueva divulgación:

Vencimiento: Esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma para el destinatario y el rango de fechas indicados anteriormente:

Derecho de revocación: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando notificación por escrito a la dirección que aparece al final de esta página. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que Shannon Health haya tomado en base a esta autorización antes de que Shannon Health recibiera mi notificación por escrito de revocación.

Nueva divulgación: Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Por la presente, el establecimiento, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exonerados de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Tarifa por proporcionar la información solicitada: Entiendo que puede cobrarse una tarifa por la copia de la información solicitada. Se me notificado de esta política y acepto pagar según corresponda.

Firma del paciente o representante personal con autorización para solicitar la divulgación (este documento debe incluir la firma del individuo, padre de un menor de edad o tutor legal): Entiendo que Shannon no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios (incluida la asistencia financiera) al hecho de que yo firme esta autorización. Puedo ver o recibir una copia de la información médica protegida que se utilizará o divulgará.

Entiendo que mis antecedentes son confidenciales y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, excepto cuando la ley lo permita. Entiendo que la información específica que se divulgará puede incluir, entre otros, antecedentes, diagnósticos y/o tratamientos de abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades transmisibles, incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Firma del paciente o representante legalmente autorizado

Fecha

Nombre en letra imprenta del paciente o representante legalmente autorizado

Relación con el paciente

HAGA UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN FIRMADA ANTES DE ENVIARLA.

ENVÍE LA AUTORIZACIÓN COMPLETA Y FIRMADA A:

Método preferido: devolución por correo electrónico
ROIRequests@shannonhealth.org

Dirección postal

Shannon Health System
HIM/Release of Information
120 E. Harris Avenue
San Angelo, Texas 76903

Dirección física

Shannon Health System
HIM/Release of Information
3555 Knickerbocker Road
San Angelo, Texas 76904