

Autorización para Divulgar Información Protegida de Salud

Nombre Completo del (de la) Paciente en el Momento del Tratamiento: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Favor de indicar la clase de divulgación de información de salud personal que necesita al seleccionar una o ambas de las siguientes opciones:

- Divulgación de Expedientes Médicos - Divulgar copias de información protegida de salud - expedientes médicos (complete la sección 1 a continuación y sección 3 en la página dos)
- Divulgación de Comunicación Verbal - Permiso de tratar su información protegida de salud verbalmente (complete la sección 2 y la sección 3 en la página dos)

Sección 1 – Divulgación de Expedientes Médicos (Divulgar copias de información protegida de salud)

Fecha(s) de tratamiento: _____

Propósito de la divulgación: _____

Yo autorizo al siguiente proveedor/entidad _____ para que divulgue mi información de salud a:

Nombre del Destinatario/Nombre del Proveedor: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

- Portal Correo Lo Recogeré Fax (solamente al proveedor de atención médica) Solicito una copia de esta autorización

*Enviar el formulario completado a: Lexington Health Attn: Medical Records, 2720 Sunset Blvd., West Columbia, SC 29169

Información del Expediente Médico para ser Divulgada (Marque todas las que aplican)

Reportes/Notas

- Notas de la Sala de Urgencias
 Historia y Examen Físico
 Consultas
 Reportes Quirúrgicos
 Resumen de Alta
 Reportes de Terapia Física/Ocupacional/Del Habla
 Nota de Consultorio Médico

Especifique el Consultorio:

Resultados de Análisis/Estudios

- Pruebas de Laboratorio
 Reportes de Patología

Rayos-X/Radiología
 Reportes
 Películas (clase): _____

Cardíaco/Respiratorio
 Reporte de Cateterización
 Ecocardiograma
 Electrocardiograma
 Prueba de Esfuerzo
 Prueba de Función Pulmonar

Otro

- Lista de Diagnósticos/Resumen de Codificación
 Lista de Medicamentos
 Registro de Vacunas
 Registro de Facturación
 Hoja de Identificación del Paciente
 El Expediente Médico Completo
 Resumen del Expediente Médico
 Especifique otro: _____

Sección 2 – Divulgación de Comunicación Verbal (Permiso para Comunicar Verbalmente su Información Protegida de Salud)

Yo estoy de acuerdo y no tengo ninguna objeción en que los médicos, proveedores de práctica avanzada y personal de apoyo en todos los Consultorios Médicos de Lexington Health que me proporcionan atención médica, comuniquen verbalmente mi información protegida de salud a los individuos y entidades que se mencionan a continuación.

PERSONA/ENTIDAD	PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO

Si el paciente no está presente o no puede consentir en u oponerse al uso o la comunicación verbal de la información protegida de salud por una incapacidad o circunstancia de emergencia, el proveedor puede usar su criterio profesional para determinar si la divulgación es de beneficio propio del individuo y si es así, divulgar solamente la información protegida de salud que es directamente relevante a la participación de la persona en el cuidado de la salud del individuo.

Sección 3 – Revisión y Autorización

En Conformidad Con Estas Condiciones

1. Entiendo que si mis expedientes contienen documentación sobre abuso de alcohol, condición psiquiátrica, abuso de drogas o enfermedades contagiosas, esta información será divulgada como parte de mi informe.
2. Entiendo que si la persona o entidad que recibe esta información no está cubierta por regulaciones federales de privacidad, esta información ya no estará protegida y puede ser divulgada de nuevo.
3. Entiendo que puedo revocar esta autorización/permiso en cualquier momento, pero esta revocación no se aplicará a la información ya divulgada.

Las revocaciones de los Expedientes Médicos deben ser enviadas a: Lexington Health Attn: Medical Records, 2720 Sunset Blvd., West Columbia, SC 29169

- Se puede conseguir permisos para revocaciones de comunicación verbal en cualquier momento contactando, ya sea por escrito o en persona, al proveedor o Consultorio de Lexington Health.

4. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi denegación a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento.
5. Entiendo que puede haber un cargo que pagar para conseguir la información solicitada. La información sobre este costo puede ser obtenida contactando al departamento de Expedientes Médicos (Medical Records) al número (803) 791-2264. Si necesita la ayuda de un intérprete comuníquese con el Servicio de Interpretes al (803) 791-2254 y pida que le hagan una llamada en conferencia.
6. Entiendo que una copia o FAX de este documento es tan válido como el documento original.
7. Entiendo que esta autorización de divulgación de expediente médico caducará 90 días después de firmada, a menos que una fecha más temprana se especifique aquí _____.
8. Entiendo que este permiso para hablar sobre mi información protegida de salud verbalmente con las personas aquí mencionadas, caducará un año después de la fecha en que yo firme, a menos que se haya revocado antes.

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Fecha

Número Telefónico de Contacto

Parentesco

Razón por la que el Paciente No Puede Firmar