



\*AUTHRELS\*

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA CONFIDENCIAL**

Page 1 of 1

Form Origination Date: 8/2007

Version: 7

Version Date: 11/17

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

MRN (uso interno solamente): \_\_\_\_\_

**Este formulario se debe *COMPLETAR* en su totalidad para ser considerado válido.**

<b>MUSC divulgará información a:</b> (¿A dónde quiere que se envíe la información? ¿Quién puede recibir la información?)	<b>NOMBRE/ORGANIZACION:</b> _____ <b>Atención a:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ <b>Ciudad:</b> _____ <b>Estado</b> _____ <b>Código postal:</b> _____ <b>Número de teléfono de día:</b> _____ <b>Número de fax:</b> _____		
<b>Instrucciones sobre la divulgación:</b> (¿Cómo quiere que se divulgue información?)	<b>Método de divulgación/formato solicitado: (marcar una)</b> <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> DVD/CD <input type="checkbox"/> My Chart <input type="checkbox"/> Fax (para proveedor médico/organización según se autorice) <input type="checkbox"/> Otro _____		
<b>Propósito de la divulgación:</b> (¿Por qué se necesita?)	<input type="checkbox"/> Cuidados continuos <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Solicitud del paciente <input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro _____ Entiendo que puede cobrarse el costo de las copias de la información médica y del franqueo, conforme a la ley del estado de Carolina del Sur.		
<b>Fecha de tratamiento(s):</b> (¿Cuándo se atendió)	<input type="checkbox"/> Fechas de tratamiento desde _____ hasta _____ (Por favor especificar) <input type="checkbox"/> Todas las fechas de tratamiento		
<b>La información a divulgarse:</b> (¿Qué quiere que se envíe o se divulgue?) Marcar la casilla correspondiente.)	<input type="checkbox"/> Expediente completo <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Información abstracta Historial y examen físico, consultas, informes de laboratorio y de radiología, resumen de alta, informes operatorios y de procedimientos, informes del departamento de emergencia, informes de fisioterapia/ terapia ocupacional.	<input type="checkbox"/> Imágenes/DVD (NO incluidos en el expediente completo) <input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación <input type="checkbox"/> Listado de medicamentos <input type="checkbox"/> Notas de evolución y de visitas	<input type="checkbox"/> Otros: _____

**Yo entiendo que esta información puede incluir referencias a atención psiquiátrica/psicológica, asalto sexual, abuso de drogas, resultados para todas las enfermedades infecciosas, incluyendo VIH/SIDA, y/o abuso de alcohol.**

Entiendo que tengo el derecho de cancelar / revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si cancelo/revoco esta autorización deberá ser por escrito, y presentar mi cancelación/revocación escrita en el Departamento de Servicios de Información Médica (Medical Records). Entiendo que la cancelación/revocación no aplica a la información que ya haya sido divulgada bajo esta autorización, según se indica en el Informe de Normas de Confidencialidad. A menos que sea cancelada o revocada, esta autorización vence/termina un año después la fecha indicada a continuación. Entiendo que se divulgarán solamente expedientes que estén disponibles a partir de esta fecha en respuesta a esta autorización. Si necesito expedientes adicionales en el futuro, será necesario completar una nueva autorización.

Entiendo que autorizar la divulgación de información protegida de salud es voluntario. Me puedo negar a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que puedo revisar y/o copiar la información a divulgarse, según se prevé en 45 CFR §164.524 Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de divulgaciones no autorizadas por parte de la persona/organización que la recibe. Entiendo que se me entregará una copia de esta autorización.

**Se copiará mi identificación y se adjuntará a esta autorización. (NOTA: LA LEY HIPAA PERMITE 30 DÍAS a partir de la recepción para tramitar el pedido).**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o tutor legal / representante escrito en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

X  
\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal/representante

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente, en caso de firmar el tutor legal o representante

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

**Si el/la paciente no firma esta autorización, deben adjuntarse documentos para comprobar la autoridad de la persona que firma en su representación. Para contactar a la Sección de Servicios de Información Médica (Medical Records) por escrito, la dirección es: 169 Ashley Avenue / MSC 349 / Suite 200/ Attn: Release of Information / Charleston, South Carolina 29425. El teléfono es (843) 792-3881. El número de fax es el (843) 876-8080 o (843) 876-8055.**