

**Se solicitan registros de:**

- MUSC Health Charleston     MUSC Health Chester     MUSC Health Columbia  
 MUSC Health Columbia Northeast/Clinics     MUSC Health Florence  
 MUSC Health Kershaw     MUSC Health Lancaster  
 MUSC Health Marion     MUSC Health Ambulatory Clinics

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**  
**AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Page 1 of 2



\*AUTHRELSE\*

**IMPORTANTE: SI ESTE DOCUMENTO NO SE COMPLETA EN SU TOTALIDAD, LA AUTORIZACIÓN PODRÍA SER REVOCADA.**

MRN: \_\_\_\_\_  
(solo para uso interno)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SSN: \_\_\_\_\_

Teléfono del paciente: \_\_\_\_\_ Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

<p><b>Enviar el registro a: (persona, empresa o centro identificados)</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____ _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Fax: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p><small>Correo electrónico encriptado (Importante: Entiendo que el correo electrónico no encriptado no es seguro. Eso significa que podría ser interceptado y visto por otros. Además, entiendo que existen otros riesgos con el correo electrónico no encriptado, como mensajes con dirección incorrecta; cuentas de correo electrónico que se comparten; mensajes reenviados a otros; y mensajes guardados en dispositivos portátiles que no están protegidos. Al elegir recibir Mi información de salud en un correo electrónico no encriptado, reconozco y acepto estos riesgos. Entiendo que la copia de Mi información de salud puede tener un costo.)</small></p>	<p><b>Tipos de registros médicos que se divulgarán (marque todos los que correspondan):</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Registro completo (NO incluye radiografías)  <input type="checkbox"/> Resumen (contiene: Historial e información física, consultas, informes de radiología y resultados de análisis de laboratorio, resumen de alta hospitalario, informes operativos/de procedimiento, informes del Departamento de Emergencias e informes de terapia ocupacional/fisioterapia)  <input type="checkbox"/> Radiografías/DVD                      <input type="checkbox"/> Registros de vacunación  <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos                <input type="checkbox"/> Notas de evolución clínica/notas de consultas médicas  <input type="checkbox"/> Factura final                                <input type="checkbox"/> Otro: _____   </p> <p><b>PARA REGISTROS DE MUSC Dental ÚNICAMENTE:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Registro dental completo                <input type="checkbox"/> Radiografías/fotografías/notas de tratamiento de ortodoncia  <input type="checkbox"/> Registro de periodoncia                <input type="checkbox"/> Notas de consultas/evolución del tratamiento  <input type="checkbox"/> Facturación/Estados financieros    <input type="checkbox"/> Radiografías   </p> <p><b>Registros de trastorno por consumo de sustancias (SUD) protegidos en virtud de 42 C.F.R. Parte 2 y 45 C.F.R. partes 160 y 164:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Todos mis registros de SUD  <input type="checkbox"/> Solo los siguientes registros de SUD (sea lo más específico posible, por ejemplo, solo el resumen de alta hospitalario, solo los resultados de análisis de laboratorio, etc.: _____   </p>
<p><b>Propósito de la divulgación:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Asistencia continua    <input type="checkbox"/> Legal    <input type="checkbox"/> Paciente/Tutor/Rep. legal  <input type="checkbox"/> Servicio militar        <input type="checkbox"/> Seguro    <input type="checkbox"/> Discapacidad    <input type="checkbox"/> Escuela  <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____   </p> <p><b>Información que se puede divulgar:</b></p> <p>Fechas de tratamiento del _____ al _____ (sea específico) <b>O SINO</b>    <input type="checkbox"/> Todas las fechas de tratamiento</p>	<p><b>Método de divulgación: (Marque una opción)</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Correo    <input type="checkbox"/> Mychart (excepto radiografías y registros dentales)    <input type="checkbox"/> Fax  <input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado    <input type="checkbox"/> Otro: _____   </p> <p>Entiendo que todas las tarifas serán acordes a las leyes vigentes. Acepto pagar esta tarifa. (Si no se elige un método, la información será enviada por correo).</p>
<p><b>Adjunte a esta autorización una copia de la identificación del paciente/tutor legal/representante.</b>  <b>(NOTA: LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO, HIPAA, ESTABLECE UN PLAZO DE 30 DÍAS desde la recepción para el procesamiento).</b></p>	

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**  
**AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION**



\*AUTHRELEASE\*

Page 2 of 2

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SSN: \_\_\_\_\_ MRN \_\_\_\_\_

**Autorizo la divulgación de los registros que se indican anteriormente y entiendo que la divulgación puede incluir información confidencial (de salud mental y conductual, pruebas genéticas, VIH/SIDA, enfermedades infecciosas/transmisibles, trastorno(s) por consumo de sustancias y abuso sexual)**

Entiendo que tengo derecho a cancelar/revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si cancelo/revoco esta autorización, deberé hacerlo por escrito y presentar mi cancelación/revocación por escrito al Departamento de Servicios de Información de Salud (registros médicos) o al Departamento de Servicios de Información de Salud Dental (registros dentales). Entiendo que la cancelación/revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización, como se indica en el Aviso de Prácticas de Privacidad. A menos que se cancele/revoque de otra manera, esta autorización vencerá/concluirá un año después de la fecha que figura más abajo.

Entiendo que autorizar la divulgación de información médica protegida es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que puedo revisar o copiar la información que se divulgará, según lo dispuesto en 45 CFR §164.524 (párrafo 45 del Código de Regulaciones Federales, sección 164.524).

Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada por parte de la persona/organización que recibe la información.

Entiendo que solo se proporcionarán los registros disponibles a partir de esta fecha en respuesta a esta solicitud. Si llegara a necesitar más registros, será necesaria una nueva solicitud.

Entiendo que recibiré una copia de esta autorización.

Entiendo que la solicitud de imágenes/registros médicos puede tener un costo y que la legislación de Carolina del Sur puede establecer el cobro de tarifas por gastos de envío.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente, si la firma es del tutor legal

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

**Si no es el paciente quien firma, se deben adjuntar los documentos (órdenes judiciales, certificado de designaciones, poderes notariales) que establecen la autoridad del representante del paciente.**

**Información de ubicación de centros de MUSC:**

Para comunicarse con **MUSC Health Charleston** - Departamento de Servicios de Información de Salud (registros médicos) por escrito, la dirección es: 3 South Park Circle / Bldg. 3 / Suite 103 / Attn: Release of Information / Charleston, SC 29407. El número de teléfono es (843) 792-3881; el número de fax es (843) 792-5460 o (843) 876-8055.

Correo electrónico: [ROIAuthrequest@MUSC.edu](mailto:ROIAuthrequest@MUSC.edu)

Para comunicarse con **MUSC College of Dental Medicine** - Departamento de Servicios de Información de Salud Dental (registros dentales) por escrito, la dirección es: 29 Bee St./DC606/MSC507 / Charleston SC 29425. El número de teléfono es (843) 792-2101, opción 7, el número de fax es (843) 792-7009. Email: [cdmimages@musc.edu](mailto:cdmimages@musc.edu);

**Para comunicarse con MUSC Health Columbia Downtown/Northeast/Clinics** -- Departamento de Servicios de Información de Salud (registros médicos) por escrito, la dirección es 2435 Forest Drive, Columbia, SC 29204. El número de teléfono es (803) 256-5722, el número de fax es (803) 400-5065. Correo electrónico: [COLROI-authrequest@musc.edu](mailto:COLROI-authrequest@musc.edu)

Para comunicarse con **MUSC Health Chester** - Departamento de Servicios de Información de Salud (registros médicos) por escrito, la dirección es 1 Medical Park Drive Chester, SC 29706. El número de teléfono es (803) 581-3151, ext. 5214; el número de fax es (843) 985-9624. Email: [ches-roiauthrequest@musc.edu](mailto:ches-roiauthrequest@musc.edu)

Para comunicarse con **MUSC Health Florence** - Departamento de Servicios de Información de Salud (registros médicos) por escrito, la dirección es 805 Pamplico Hwy. Florence, SC 29505 El número de teléfono es (843) 674-2160; el número de fax es (843) 674-2198. Email: [flor-roi-request@musc.edu](mailto:flor-roi-request@musc.edu)

Para comunicarse con **MUSC Health Kershaw** - Departamento de Servicios de Información de Salud (registros médicos) por escrito, la dirección es 1315 Roberts Street, Camden SC 29020. El número de teléfono es (803) 713-6232; el número de fax es (803)713-6600 o (803) 713-6327. Correo electrónico: [KMCROI-authrequest@musc.edu](mailto:KMCROI-authrequest@musc.edu)

Para comunicarse con **MUSC Health Lancaster** - Departamento de Servicios de Información de Salud (registros médicos) por escrito, la dirección es 800 West Meeting Street / Lancaster, SC 29720. El número de teléfono es (803) 313-3146 o (803) 313-3147, el número de fax es (803) 286-1871. Email: [lanc-roi-requests@musc.edu](mailto:lanc-roi-requests@musc.edu)

Para comunicarse con **MUSC Health Marion** - Departamento de Servicios de Información de Salud (registros médicos) por escrito, la dirección es 2829 East Highway 76 / Mullins, SC 29574. El número de teléfono es (843) 431-2428, el número de fax es (843) 431-2432. Email: [mari-roi-auth@musc.edu](mailto:mari-roi-auth@musc.edu)