

Autorización para Divulgar Información Médica Protegida

Este formulario es para todas las solicitudes de registro

DIVULGAR INFORMACION DE:

Especifique Proveedor / Organización Nombre y Dirección de la Facilidad

DIVULGAR INFORMACION A: Especifique Proveedor / Organización Nombre y Dirección de la Facilidad Nombre de Organización: <u>SC General & Vascular Surgery</u> Direccion: <u>10512 Park Road</u> <u>Suite 111</u> <u>Charlotte , NC</u> <u>28210</u>
--

Nombre de Organización:

Direccion:

Al firmar esta Autorización, autorizo a mi proveedor de atención médica a revelar mi información de salud protegida.

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN EN EL MOMENTO DE SERVICIO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____

NOMBRE DE SOLTERA U OTRO _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

SSN/# DE HISTORIA CLINICA _____

DIRECCION _____

Período cubierto (s) de la asistencia sanitaria:

DE (Fecha) ____/____/____ A (Fecha) ____/____/____

1. Información autorizada para su divulgación, si se incluyen en mis registros:

- Registro completo de Salud
- Resumen Visita / Descarga
- Documentación Clínica de Físico
- Registros de Vacunación
- Los informes de progreso
- Radiología y Reportes de imágenes Diagnósticos
- Imágenes, Vídeos, Imágenes digitales u otras
- Informes de Patología
- Las pruebas de laboratorio (*favor de especificar*)
- Other (*favor de especificar*)\

2. En su caso, también doy permiso para el siguiente "Información delicada de salud protegida" para darse a conocer (*por favor poner sus iniciales a continuación*):

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o infección con Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Servicios de Salud del Comportamiento / Cuidado Psiquiátrico
- El tratamiento para el alcohol y / o abuso de drogas
- Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
- Asesoramiento Genético / Pruebas

Inicial

Entiendo que la información divulgada de acuerdo con esta autorización, **excepto** la información protegida por leyes federales y / o regulaciones estatales sobre la confidencialidad de los registros de abuso de alcohol y drogas, el VIH y la salud mental, pueden ser objeto de una nueva divulgación por el recipiente y ya no estará protegida por la regulación federal de privacidad u otras leyes estatales y federales Applicable.

3. La finalidad para la que la divulgación sea autorizada (*marque en su caso*):

- Cuidado Medico
- Aseguranza
- Elegibilidad de Beneficios
- Inmunizaciones

Otra información: _____

4. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al proveedor (s) de la atención. **Entiendo** que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización. **Entiendo** que la revocación no se aplicará a la compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho de revisar o impugnar una reclamación. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, incluso, o condición:

(Fecha) ____/____/_____. Si no especifico una fecha de caducidad, aun o condición, esta autorización caducará en 90 días. Si esta autorización se refiere a sí mismo como el paciente, la fecha de caducidad puede ser documentada como ilimitado. Si documentada como tal, (ponga aquí sus iniciales _____) es responsabilidad del individuo a notificar a la práctica de los cambios de la vida, es decir, la tutela, de manera que la documentación apropiada se de para el cambio.

5. Entiendo que cualquier divulgación de información de salud lleva consigo la posibilidad de re-revelaciones no autorizadas y futuras, según lo permitido por la ley HIPAA y otras leyes federales de privacidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de información sobre mi salud, puedo comunicarme con el profesional de la atención.

6. Esta instalación, sus empleados, oficiales, y los médicos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior a la grado indicada y autorizada.

Firmado: Paciente- (Representante Legal, Padre o Tutor Legal) *(Relacion al paciente)*

ID Previsto _____ Fecha ____/____/_____

Testigo o notario (Esta autorización debe ser notariado si la información se da a conocer a un abogado y, o corte.)

Solo Para Uso Oficial

Nombre/ Titulo de la Persona Divulgando la Informacion:

Fecha ____/____/____