

Carolina Pines Regional Medical Center
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN/
 SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Sección A: El paciente debe completar esta sección.

Nombre del paciente:		N.º de cuenta:	
Dirección:		Fecha de nacimiento:	
		N.º de teléfono:	
Nombre del hospital/ proveedor que divulga la información	Nombre del centro:		
	Dirección:		
	Ciudad/estado/código postal:		
	N.º de teléfono:		
Nombre del destinatario	Nombre del solicitante:		
	Dirección:		
	Ciudad/estado/código postal:		
	Teléfono:		

Fecha(s) de servicio:			
Enumere la descripción específica de la información que se divulgará:	<input type="checkbox"/> Resumen de historia clínica	<input type="checkbox"/> Informe de cirugía/proc.	<input type="checkbox"/> Notas de progreso
	<input type="checkbox"/> Historia y datos físicos	<input type="checkbox"/> Informe de patología	<input type="checkbox"/> Registros de medicamentos
	<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Informes de imágenes	<input type="checkbox"/> Registros de enfermería
	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Electrocardiogramas
	<input type="checkbox"/> Registros de emergencia	<input type="checkbox"/> Pedidos del médico	<input type="checkbox"/> Todos los registros
			<input type="checkbox"/> Otros: _____

Por el presente, autorizo el uso o divulgación de mi información médica individual tal como se describe anteriormente. Entiendo que, a menos que las leyes de cada estado lo limiten, la persona o el centro enumerado antes podría tener acceso a datos sobre VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, trastornos de salud mental o notas sobre abuso/dependencia de sustancias químicas (si hubiera). (Marque con un círculo) **SÍ** **NO** (Escriba sus iniciales) _____

¿Esta solicitud incluye notas de psicoterapia? (Marque con un círculo) **SÍ** **NO** (Escriba sus iniciales) _____

Describa el propósito o motivo de esta solicitud:

Sección B: El paciente debe completar esta sección para todas las autorizaciones:

El paciente o el representante del paciente debe leer y aceptar los siguientes enunciados:

- Entiendo que las personas autorizadas por la presente para usar o divulgar información no condicionarán el tratamiento ni el pago que yo podría recibir por dar esta autorización.
- Entiendo que esta autorización vence el ____/____/____. (Si no hay una fecha escrita, esta autorización vencerá un año después de la fecha en que el hospital la reciba).
- Entiendo que la información que se utilice o que se divulgue a cualquier entidad que no sea un plan de salud ni un proveedor de atención médica puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las Normas de Privacidad de la Información Médica Individual, tal como se establece en la sección 45 C.F.R., partes 160 y 164.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al hospital por escrito, excepto en la medida en que el hospital ya haya tomado medidas con base en la autorización anterior.
- Entiendo que puedo ver la información descrita en este formulario si solicito hacerlo y que recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.
- Entiendo que, si mis registros contienen información confidencial, es posible que necesite que mi médico autorice su uso o divulgación.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si lo hago, esto no afectará mi tratamiento

Por el presente, autorizo el uso o divulgación de mi información médica individual tal como se describe anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria.

(Firma del paciente o representante del paciente)	(Fecha)
---------------------------------------------------	---------

(Si es representante del paciente, escriba debajo su nombre en letra de imprenta y proporcione pruebas/documentación que tenga y que le otorgue la autoridad para actuar en nombre del paciente).

SOLO PARA USAR EN EL CONSULTORIO:			
Verificado:	Sí	No	N.º de licencia:
Nombre:			N.º de SS:
Firma:	Sí	No	Otro: