

Autorización para divulgar información médica protegida

Nombre legal del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ N.º de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____
 Ciudad, estado, código postal: _____ Mejor teléfono de contacto: (____) _____
 Dirección de correo electrónico: _____ ¿Podemos dejar un mensaje en este número: Sí No

UBICACIONES DEL TRATAMIENTO: <input type="checkbox"/> Bon Secours St. Francis Hospital <input type="checkbox"/> Roper Hospital <input type="checkbox"/> Roper St. Francis Berkeley Hospital <input type="checkbox"/> Roper St. Francis Mount Pleasant Hospital <input type="checkbox"/> Roper St. Francis Physician Partners	FECHAS DE TRATAMIENTO: DE: _____ A: _____	ENVIAR INFORMACIÓN A: (completar si es diferente a la del paciente) _____ Persona u organización _____ Dirección, ciudad, estado, código postal Número de teléfono (____) _____ Número de fax (____) _____ Dirección de correo electrónico _____
--	--	--

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN: (seleccione uno) Cuidado continuo del paciente Uso individual Seguro Propósito legal
 Otro _____

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA: (seleccione todas las opciones que correspondan) (NO se incluyen notas de psicoterapia)

<input type="checkbox"/> Notas de progreso, Notas de consulta, Notas físicas y de antecedentes, Notas de ER	<input type="checkbox"/> Notas del consultorio/la clínica
<input type="checkbox"/> Notas operativas/de procedimiento	<input type="checkbox"/> Notas de ER
<input type="checkbox"/> Notas sobre patología	<input type="checkbox"/> Notas de laboratorio
<input type="checkbox"/> Notas de radiología (NO incluye imágenes/fotos)	<input type="checkbox"/> Otro: _____

MÉTODO DE ENTREGA: (seleccione uno) Correo electrónico Correo postal Fax CD Retiro
Una persona de la Oficina de Registros Médicos lo llamará para coordinar previamente un horario y un lugar convenientes para el retiro.

DERECHOS DEL PACIENTE. Entiendo lo siguiente:

- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito y enviar o entregar la cancelación al establecimiento o consultorio que divulga la información, citado arriba. Cualquier cancelación solo se aplicará a información aún no divulgada por el establecimiento o consultorio.
- Esta es una autorización de divulgación total que incluye información sobre tratamientos de conducta/salud mental y por abuso de alcohol y drogas (de acuerdo con el Título 42 del Código Federal de Reglamentaciones, Parte 2), genética, VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Una vez que mi información médica sea divulgada, el receptor podrá divulgarla o compartirla con otros, y mi información ya no estará protegida por las leyes de privacidad estatales y federales.
- El negarme a firmar este formulario no me impedirá recibir tratamientos o pagos, inscribirme en un plan de salud o ser elegible para beneficios.
- Roper St. Francis Healthcare (RSFH) no compartirá ni usará mi información médica sin mi permiso, excepto como se describe en la notificación de prácticas de privacidad de RSFH o según lo exija la ley. La notificación de prácticas de privacidad está disponible en www.rsfh.com.
- Si lo solicitara, tengo derecho a recibir una copia de este formulario.
- Comprendo que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) permite 30 días a partir de la recepción para su procesamiento. Si se necesita una extensión, se me notificará por escrito.
- Comprendo que las leyes federales y estatales permiten que se cobre un cargo por la copia de los registros del paciente y que usted será responsable del pago de dichos cargos. Los cargos por registros entregados en formato electrónico por correo electrónico es un cargo fijo de \$6.50. Los honorarios por registros entregados en formato impreso se basan en costos, por página, pero no superarán los \$50.00.
- Comprendo que este permiso vence un año después de la fecha de mi firma, a menos que elija una fecha anterior de: _____

Firma del paciente/el representante legal del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Si es el representante legal, nombre en letra de imprenta: _____ Parentesco con el paciente: _____

NOTA: Si la firma no es del paciente, se debe proporcionar documentación de respaldo de la autoridad.

Complete todas las secciones anteriores de este formulario y devuélvalo por correo, fax o correo electrónico con una copia de su identificación con fotografía a la atención de: **Divulgación de información de la RSFH.**

Dirección postal 316 Calhoun St. Charleston, SC 29401. **Número de fax:** (770) 810-9127. **Dirección de correo electrónico:** RSFHROI@rsfh.com.

Fecha de recepción de autorización:	Identificación verificada por:	Cargo:
Autorización preparada y divulgada por:	Cargo:	Fecha de publicación de la autorización: