

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 n.º de contacto: (____) _____	
Dirección de correo electrónico: _____		¿Podemos dejar un mensaje en este número?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 _____

CLÁUSULA DE REGISTRO FUTURO: Esta autorización permanecerá vigente hasta que se resuelva definitivamente la reclamación subyacente. Por lo tanto, es posible que reciba una solicitud complementaria de documentos. Siempre que tenga una autorización original que le permita proporcionar registros a la parte que realiza la solicitud complementaria, una solicitud por escrito de documentos complementarios es suficiente y no se requiere una autorización adicional.

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 de antecedentes y físicas, notas de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Notas del consultorio/la clínica	<input type="checkbox"/> Registros del monitor fetal
<input type="checkbox"/> Notas operativas/de procedimiento	<input type="checkbox"/> Notas de la sala de emergencias	
<input type="checkbox"/> Notas de patología	<input type="checkbox"/> Notas de laboratorio	
<input type="checkbox"/> Notas de radiología (NO incluye imágenes/fotografías)	<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 al: _____

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

Si firma el representante legal, escriba el nombre en letra de imprenta: _____ **Relación 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: