



Internal Use Only:
 Account Number: _____
 Date ROI Received: _____
 Name & Title Verified ROI & ID: _____
 Date Released: _____
 Name & Title Processed ROI: _____

Autorización para divulgar información médica protegida
COMPLETE EN LETRA DE IMPRENTA CON CLARIDAD Y EN SU TOTALIDAD

Nombre legal completo del paciente: _____ Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____	Fecha de nacimiento: _____ N.º de Seguro Social: _____ Mejor teléfono de contacto: (____) _____ ¿Podemos dejar un mensaje en este número?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DIVULGAR INFORMACIÓN DE LA SIGUIENTE ENTIDAD: Nombre del establecimiento o consultorio _____ Ciudad, estado, código postal _____ Número de teléfono _____ Número de fax _____	DIVULGAR INFORMACIÓN A LA SIGUIENTE PERSONA O ENTIDAD: Nombre del establecimiento, persona o compañía _____ Ciudad, estado, código postal _____ Número de teléfono _____ Número de fax _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN (marque el motivo): Solicitud para uso personal/individual Continuar atención del paciente
 Seguro Motivo legal (lo que incluye debates y procedimientos) Otro _____

FECHAS DE TRATAMIENTO O PERÍODO DE FECHAS DE REGISTROS QUE SE DIVULGARÁN: Desde _____ Hasta _____

INFORMACIÓN HOSPITALARIA QUE SE DIVULGARÁ (marque todas las opciones que correspondan):

<input type="checkbox"/> Resumen de hospital (puede incluir examen físico y antecedentes, resumen del alta, informes quirúrgicos, consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, lista de medicamentos y alergias) <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Examen físico y antecedentes <input type="checkbox"/> Informes de consultas <input type="checkbox"/> Historia clínica completa (sin incluir notas de psicoterapia)	<input type="checkbox"/> Informes cardíacos <input type="checkbox"/> Registro de emergencias <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de radiología/radiografías <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Otro: _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pueden aplicarse cargos. Las solicitudes de más de diez páginas serán procesadas por nuestro servicio de copias, que se comunicará con usted para informarle los cargos aplicables según la Sección 44-115-80 del Código de Carolina del Sur.

FORMATO (marque uno) <input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> Correo electrónico que se indica más arriba, si se permite <input type="checkbox"/> Unidad de almacenamiento (sujeto a disponibilidad) <input type="checkbox"/> CD (sujeto a disponibilidad) <input type="checkbox"/> Otro: _____	MÉTODO DE ENTREGA (marque uno) <input type="checkbox"/> Correo postal regular de EE. UU. <input type="checkbox"/> Recogida <input type="checkbox"/> Fax, si se permite <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro, si se permite <input type="checkbox"/> Otro: _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.
- Se podrá cobrar un cargo por suministrar la información médica protegida.
- Si lo solicitara, tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

Este permiso vence un año después de la fecha de mi firma, a menos que se indique un evento o fecha previa aquí: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ **Firma del paciente:** _____ **Fecha:** ____/____/____

NOTA: Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario. Marque la relación/autoridad si la firma no pertenece al paciente (se podrá exigir prueba escrita):

<input type="checkbox"/> Agente/Poder para atención médica	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Albacea/Administrador/Apoderado	<input type="checkbox"/> Cónyuge
<input type="checkbox"/> Padre/madre	<input type="checkbox"/> Hijo adulto	<input type="checkbox"/> Declaración jurada/Pariente	<input type="checkbox"/> Otro: _____

ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN PERSONA, POR CORREO O POR FAX CON UNA COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN CON FOTO.

Roper Hospital A la atención de: Medical Records Department 316 Calhoun Street, Charleston, SC 29401 Tel.: (843) 724-2290 Fax: (843) 720-8323	Bon Secours St. Francis Hospital A la atención de: Medical Records Department 2095 Henry Tecklenburg Drive, Charleston, SC 29414 Tel.: (843) 402-2022 Fax: (843) 402-1544	Mt. Pleasant Hospital A la atención de: Medical Records Department 3500 Hwy 17 N, Mt. Pleasant, SC 29466 Tel.: (843) 606-7575 Fax: (843) 606-7914
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------