

Nombre del Paciente: _____ Nombre del Tutor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del # de SS: _____ # de Teléfono: _____

NOTA: Todos los puntos del 1-6 y párrafos iniciales deben completarse, junto con la firma y la fecha.

1.) Divulgue los registros a: (¿Dónde quiere que se envíe la información? ¿Quién puede obtener la información?)	Nombre del individuo, proveedor de salud/hospital/consultorio médico: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de teléfono durante el día: _____ Número de Fax: _____		
2.) Obtenga los Registros de: (¿Quién tiene la información que usted quiere que se divulgue?) Por favor anote el hospital y/o clínica específica.	Nombre de la organización/hospital o consultorio médico: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de teléfono durante el día: _____ Número de Fax: _____		
3.) Instrucciones para la divulgación: (¿Cómo quiere la información?)	Método de divulgación/Formato solicitado: (marque uno) <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax (Al proveedor de salud SOLAMENTE) <input type="checkbox"/> Recoger en persona: <input type="checkbox"/> Langdon <input type="checkbox"/> 750 Church <input type="checkbox"/> Woodruff <input type="checkbox"/> Northside <input type="checkbox"/> Park Hills <input type="checkbox"/> Gaffney <input type="checkbox"/> Union		
4.) Propósito de la divulgación: (¿Por qué es necesaria?)	<input type="checkbox"/> Cuidado continuo <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Transferencia de cuidado <input type="checkbox"/> Petición del Paciente <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro: _____ Yo entiendo que podría cobrarse el costo de las copias de expedientes médicos/imágenes, y tarifas postales, de acuerdo con la ley de Carolina del Sur.		
5.) Fecha(s) de tratamiento: (¿Cuándo lo atendieron?)	<input type="checkbox"/> Fechas de tratamiento del _____ al _____ (sea específico) <input type="checkbox"/> Todas las fechas de tratamiento		
6.) Información que se va a divulgar: (¿Qué es lo que quiere que se envíe o divulgue? Marque la casilla apropiada.)	<input type="checkbox"/> Toda la información, incluyendo: historial y examen físico, consultas, informes de laboratorio y radiología, informes operativos/de procedimientos	<input type="checkbox"/> Salud del comportamiento/asesoramiento <input type="checkbox"/> Atención Dental <input type="checkbox"/> Demográficos <input type="checkbox"/> Resultados de Pruebas Medicas	<input type="checkbox"/> Registro de Inmunizaciones <input type="checkbox"/> Progreso del Médico/Notas de las visitas <input type="checkbox"/> Otros: _____
<p>Por favor ponga sus iniciales en los tres párrafos para indicar que comprende sus derechos con respecto a qué información se divulgará o podría divulgarse:</p> <p>_____ Yo entiendo que esta información puede incluir una referencia al cuidado psiquiátrico/psicológico, agresión sexual, abuso de drogas, abuso de alcohol y/o resultados de pruebas de todas las enfermedades infecciosas, incluyendo VIH / SIDA. Esta información le puede haber sido revelada a usted de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad/regulaciones de privacidad de HIPAA. Esto le prohíbe hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por escrito en el consentimiento de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2 o 45 CFR Parte 160 & 164. Una autorización general de divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que abuse del alcohol o drogas.</p> <p>_____ Entiendo que tengo el derecho a cancelar/revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si yo cancelo/revoco esta autorización, lo debo hacer por escrito y presentar mi cancelación/revocación escrita al ReGenesis Health Care. Entiendo que la cancelación/ revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización, como está indicado en el Aviso de Prácticas de Privacidad. A menos que haya sido cancelada/revocada de otra manera. Esta autorización caducará/terminará en un año a partir de la fecha en que se firmó a menos que se especifique lo contrario.</p> <p>_____ Entiendo que la autorización de divulgación de la información de salud protegida es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Yo no necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Yo entiendo que puedo revisar y / o copiar la información que va a ser divulgada como está estipulado en 45 CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información trae consigo la posibilidad de una divulgación no autorizada por la persona/organización que reciba esta información. Entiendo, que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. Podría requerirse una prueba de identidad, (NOTA: Conceda un plazo de 30 días para el procesamiento, de acuerdo con los reglamentos federales.)</p> <p>Tenga en cuenta que el procesamiento de este documento divulgará todo el expediente médico solicitado lo cual puede incluir información de otros proveedores.</p>			

Nombre del Paciente o Tutor Legal/Representante _____

Fecha _____

Firma del Paciente o Tutor Legal/Representante _____

Relación con el Paciente, si firma el Tutor Legal _____

Uso exclusivo de oficina

Printed Name of Witness: _____

Record Copy Fee Paid: _____

Signature of Witness: _____

Date/Time Witnessed: _____