

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: _____

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:

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.

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.

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.)

Tenga en cuenta que el procesamiento de este documento divulgará todo el expediente médico solicitado lo cual puede incluir información de otros proveedores.

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: _____