SPOC8090

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

St. Bernards HEALTHCARE

Nombre del paciente | N.° de SS | Fec. de nac. | Teléfono

Proveedor de atención médica: _____

COMPLETE ESTE LADO SI LA DIVULGACIÓN SE HARÁ AL PACIENTE O A SU REPRESENTANTE PERSONAL:

Por la presente solicito que el proveedor de atención médica me proporcione la información que se detalla a continuación.

MÉTODO DE ENTREGA

☐ Recoger
☐ Enviar los registros por correo electrónico a la siguiente dirección: _____
☐ Enviarme los registros por correo postal a la siguiente dirección: _____
☐ Otro:

FORMATO DE LOS REGISTROS

☐ Papel
☐ Electrónico

COMPLETE ESTE LADO SI LA DIVULGACIÓN SE HARÁ A UN TERCERO:

Por la presente solicito que el proveedor de atención médica le proporcione la información que se detalla a continuación a:

Nombre: _____
Correo electrónico: _____
Dirección: _____

MÉTODO DE ENTREGA

☐ Recoger
☐ Enviar por correo electrónico a la dirección indicada arriba.
☐ Enviar por correo postal a la dirección indicada arriba.
☐ Verbal
☐ Otro: _____

FORMATO DE LOS REGISTROS

☐ Electrónico

INFORMACIÓN QUE DEBE DIVULGARSE

Fecha(s) del servicio que se debe divulgar:
☐ _____/_____/_____ al _____/_____/_____
☐ TODAS LAS FECHAS DE SERVICIO

Tipo(s) de información que se debe divulgar:

☐ **HISTORIA CLÍNICA COMPLETA**	☐ Notas de progreso	☐ Declaración detallada
☐ Historial/examen físico	☐ Notas de enfermería	☐ Órdenes del médico
☐ Resumen del alta	☐ Registros de medicamentos	☐ Otros (especifique):
☐ Informe de consulta	☐ Resultados de laboratorio	
☐ Informe quirúrgico	☐ Resultados de radiología	

MARQUE LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN SI DESEA QUE ESTA DIVULGACIÓN INCLUYA LA INFORMACIÓN INDICADA. SI NO SE MARCA UNA CASILLA, LA INFORMACIÓN SE EXCLUIRÁ.

☐ Registros de salud mental ☐ Registros de consumo de sustancias ☐ Resultados de la prueba del VIH/SIDA

Esta divulgación puede utilizarse para los siguientes fines: ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Certificación médica ☐ Otro _____

Comprendo que la información contenida en mi historial médico puede incluir datos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y tratamiento para el abuso del alcohol y las drogas.

REVOCACIÓN Y CADUCIDAD

Esta autorización podrá revocarse en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en ella. Comprendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar dicha revocación al responsable de privacidad en 225 E. Washington Street, Jonesboro, AR 72401 (870.207.4422). Comprendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a esta el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza.

A menos que se revoque de otro modo, esta autorización caducará en la siguiente fecha o tras el siguiente evento o condición: _____
Si no se especifica una fecha de vencimiento, un evento o una condición, esta autorización caducará al cabo de seis (6) meses.

NO FIRMAR LA AUTORIZACIÓN

Comprendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es algo voluntario, y que puedo negarme a firmarla. No estoy obligado a firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Comprendo que puedo revisar o copiar la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en la Sección 164.524 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés). Comprendo que toda divulgación de información conlleva el riesgo de una divulgación no autorizada y que, en tal caso, la información podría dejar de estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el responsable de privacidad a la dirección y al número de teléfono mencionados arriba.

_____ _____
Firma del paciente o representante personal | Fecha/hora

_____ _____
Si firma el representante personal, relación con el paciente | Firma del testigo