



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION-SPANISH

Autorizo a Southcoast Health a divulgar la siguiente información de salud protegida del registro médico del paciente que se indica a continuación. Los registros pueden incluir tratamiento de Southcoast Hospitals Group, Southcoast Physicians Group o Southcoast Visiting Nurse Association, y/o Same Day SurgiClinic. Comprendo que la información divulgada en virtud de esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y, de ser así, puede no estar sujeta a la ley federal o estatal que protege su confidencialidad. Si tiene alguna pregunta, llame al 508-973-3733.

A. Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:

Dirección: (Calle) (Ciudad, Estado) (Código postal)

Teléfono de casa: Correo electrónico:

B. La información debe divulgarse a:

Dirección: (Calle) (Ciudad, Estado) (Código postal) (Fax/Correo electrónico)

C. Formato (seleccione el método de entrega a continuación)
Papel Electrónico Verbal* (Descargo de responsabilidad solo para conversaciones)
Servicio postal de EE. UU. Fax Portal del paciente* (Descargo de responsabilidad del portal) Correo electrónico* (Descargo de responsabilidad del correo electrónico)
Recojo Lugar: Charlton Memorial Hospital St. Luke's Hospital Tobey Hospital Otro:

D. Divulgar la siguiente información para las fechas de tratamiento: De: A:

- Resumen Resumen del alta Consulta Informe quirúrgico Historial médico y examen físico
ECG Informes de emergencias Informes de paciente ambulatorio Laboratorio
Terapia (OT, PT, habla, audología, rehabilitación cardiaca) Patología Informe de imágenes Carta
Otro (especifique)

Solicitud de registros de práctica médica: (Nombre del médico)

E. La información anterior se divulga para los siguientes fines:

Atención médica Legal Seguro Continuidad de la atención Otro:

Reclamo/Apelación bajo el programa federal o estatal de discapacidad, Seguro Social, indemnización por accidente laboral, beneficios para veteranos u otro programa de beneficios basados en las necesidades (se puede solicitar documentación de respaldo)

(CONTINÚA EN LA PÁGINA 2)



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION-SPANISH

ENTIENDO QUE FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN ES VOLUNTARIO Y QUE MI ATENCIÓN MÉDICA EN SOUTHCOAST HEALTH NO SE VERÁ AFECTADA SI NO FIRMO ESTA AUTORIZACIÓN. ESTA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA POR EL PERÍODO DE UN (1) AÑO.

F. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Southcoast Health por escrito, pero mi revocación no afectará los usos y divulgaciones realizados conforme a la autorización antes de su revocación.

Form fields for signature and date: Firma del paciente o representante legal, Fecha, Nombre del paciente o su representante en letra de imprenta, Relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre

G. Autorización específica para información de salud protegida o privilegiada

Si sus registros incluyen información sobre los siguientes tipos de tratamiento, debe MARCAR CADA CATEGORÍA APLICABLE para autorizar la divulgación y firmar para que se procese su solicitud. Si no se marcan, estos registros no se divulgarán conforme a esta autorización.

- Diagnóstico y/o tratamiento de salud mental proporcionado por un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermero clínico especialista en salud mental o consejero de salud mental autorizado...
Registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias protegidos por 42 CFR Parte 2 o la ley estatal.

Este consentimiento puede revocarse mediante solicitud oral o escrita..

- Pruebas de VIH/SIDA
Pruebas genéticas
Infección/Enfermedad de transmisión sexual
Consejería sobre agresión sexual
Consejería sobre abuso físico o violencia doméstica

Form fields for signature and date: Firma del paciente o representante legal, Fecha, Nombre del paciente o su representante en letra de imprenta, Relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre

Descargo de responsabilidad: Las comunicaciones por correo electrónico pueden no ser seguras y podrían ser leídas por terceros. Las conversaciones verbales solo están autorizadas entre los médicos y las partes indicadas en la línea "La información debe divulgarse a" anterior. La entrega mediante el Portal del paciente se realiza de acuerdo con los términos y condiciones de MyChart de Southcoast Health MyChart - Login Page (southcoast.org).