



AUTHORELPHI



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA –SHG  
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION – SHG SPANISH**

Por la presente autorizo a que Southcoast Hospitals Group divulgue la siguiente información de salud protegida del registro médico del paciente mencionado abajo. Yo entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización estará sujeta a ser redivulgada por el destinatario y, si eso ocurre, puede que esta información no esté sujeta a la ley federal o estatal que protege su confidencialidad. Si usted tiene preguntas con respecto a este formulario por favor llame al 508-973-3733

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número del teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

La información será divulgada a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Divulgue la siguiente información correspondiente a las siguientes fechas de tratamientos:

desde el \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- Abstracto  Informe de Alta  Consulta  Reporte Operatorio  Historial y Examen Físico  EKG
- Reporte de Emergencia  Reportes de Paciente Ambulatorio  Laboratorio  Reporte de radiografías  Patología
- Terapia (terapia ocupacional, terapia física, del habla, Audiología, Rehabilitación Cardíaca)
- Otros especificados \_\_\_\_\_

La razón para divulgar la información previamente mencionada es la siguiente:

- Cuidado Médico  Legal  Seguro  Continuidad de la atención  Otra: \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida por un período de un (1) año

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, sometiendo-la a Southcoast por escrito, a menos que ya se haya actuado sobre ello.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representativo Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o su Representante con letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente o Autoridad para Actuar por el Paciente

**Información de Salud Protegida**

Si la información en esta sección está relacionada a su tratamiento, usted debe completar esta sección y firmarla para que su pedido sea procesado.

Yo autorizo la divulgación de la información de salud protegida correspondiente al marcar los siguientes:

- Información Psiquiátrica  Información sobre VIH/SIDA o Resultado de Pruebas  Pruebas Genéticas
- Tratamiento para el Uso de Drogas/Pruebas  Alcohol o Resultado de Pruebas  Abuso Físico o Sexual
- Enfermedades Sexualmente Transmisibles/Resultado de Pruebas

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o del Representativo del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente o Autoridad para actuar por el paciente

- Entrega:  Tengo planes de recoger esta información en:  Charlton  St. Luke's  Tobey  
 Por favor enviar por correo (US Mail)