



AuthoRelPHI

 Southcoast® Health

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)

<input type="checkbox"/> Papel	<input type="checkbox"/> Electrónico	<input type="checkbox"/> Verbal* (Descargo de responsabilidad solo para conversaciones)		
<input type="checkbox"/> Servicio postal	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Correo electrónico* (Descargo de responsabilidad del correo electrónico)		
<input type="checkbox"/> Recojo Lugar: Hospital	<input type="checkbox"/> Charlton Memorial Hospital	<input type="checkbox"/> St. Luke's Hospital	<input type="checkbox"/> Tobey Hospital	<input type="checkbox"/> 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, audiológica, 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)



AuthoRelPHI

 Southcoast® Health

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 SOUTHCOST 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.

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 (Comprendo que es posible que no se requiera consentimiento para divulgar estos registros de salud mental para fines de pago).
- 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

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 \(southcoast.org\)](https://www.southcoast.org).