



SISTEMA DE SALUD FLOYD

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

For Internal Purposes Medical Record Number: _____
--

ESTA AUTORIZACIÓN SOLO PUEDE SER CUMPLIDA CUANDO TODAS LAS SECCIONES ESTÉN COMPLETAS

Nombre de Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social: (solo los últimos 4 dígitos)
Nombre Previo (si aplica):		
Dirección:	Número de Teléfono de Casa: () _____	
	Segundo Número de Teléfono () _____	
Correo Electrónico : _____		

Por la presente autorizo a: _____
Nombre y dirección del individuo / organización a quien se le pide entregar expedientes médicos

Entregar información médica de los expedientes médicos de la persona nombrada arriba a:

Nombre y dirección de la persona / organización a quien se le hará la divulgación

Propósito para Divulgación: (Una razón debe ser anotada)

Por petición del individuo firmando esta autorización:

Otro (Especifique): _____

Para las siguientes fechas de tratamiento:

Todas las fechas de tratamiento:

De fecha de tratamiento desde: _____ a _____

Descripción específica de información que será divulgada:

<input type="checkbox"/> Expediente Médico por completo *	<input type="checkbox"/> Reporte de ECG	<input type="checkbox"/> Reporte de Medicamentos
<input type="checkbox"/> Abstracto de Expediente *	<input type="checkbox"/> Expediente de Sala de Emergencia	<input type="checkbox"/> Reporte de Cirugía
<input type="checkbox"/> Reporte del Catéter Cardíaco	<input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Reporte de Patología
<input type="checkbox"/> Resumen al dar de alta	<input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Reporte de Radiografía
<input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____		

* Un Expediente Médico completo incluye todos los artículos en el expediente médico en las fechas especificadas

* Un abstracto del expediente médico incluye el historial y físico, operativo, reportes de consulta y al dar de alta y resultados de pruebas diagnósticas.

Debe de marcar esta caja si también está pidiendo expedientes de cobros

Método para Recibir la Información: Copia en papel Copia por correo electrónico (Provided by HIM ROI Dept only)

CD/Film Imágenes de Radiografía (Provided by Radiology Dept only)

Si no lo pido por escrito esta autorización se vencerá el _____. Si no determino una fecha o evento de vencimiento esta autorización se vence 90 días de la fecha en que la petición fue firmada. Entiendo que leyes federales y estatales permiten que una cuota sea cobrada por copiar expedientes médicos de pacientes y estoy dispuesto hacerme responsable de tales cuotas. Entiendo que cualquier información divulgada conforme a esta autorización es sujeta a ser divulgada por el recipiente y puede que no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito a cualquier momento al mandar la revocación al proveedor de servicios de salud mencionado arriba. Aparte de esto, entiendo que al vencerse esta autorización ninguna otra divulgación de información será hecha. Entiendo que el proveedor de salud puede negar servicios si yo me rehusó a firmar esta autorización solo cuando el tratamiento tiene el único propósito de ser divulgado a una tercera persona/organización. **Más entiendo que los expedientes/información médica que será divulgada puede contener información relacionada a las siguientes enfermedades contagiosas: (VIH/Sida, tuberculosis, hepatitis, etc.) tratamiento psiquiátrico o notas de psicoterapia; y tratamiento de abuso de drogas/alcohol. Por la presente renuncio la información con el propósito de divulgación a la persona o.**

Fecha Y Hora	Firma del Paciente o Representante Autorizado	Parentesco al Paciente
--------------	---	------------------------

Para preguntas sobre la publicación de la información llame al: **Centro Médico Floyd y Centro Médico Polk al 706-509-6185**
Centro Médico Floyd Cherokee 256-927-5531

Usted puede enviar por correo su AUTORIZACIÓN DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Centro Médico Floyd Attention: Release of Information 304 Turner McCall Blvd, Rome, GA 30162	Centro Médico Floyd Cherokee Attention: Release of Information 400 Northwood Drive, Centre, AL 35960
---	---