

Por favor use letra de molde y complete todas las secciones de esta forma.
 Devuelva el formulario completo y firmado a:

Attention: Health Information Management Department
Randolph Health
 364 White Oak Street
 Asheboro, NC 27203

Teléfono: 336-629-8861.

| | | | |
|--|----------------------|-----------------|---------------------|
| Imprimir el nombre del paciente (apellidos, nombre, inicial segundo nombre): | Fecha de nacimiento: | MR # (interno): | Acct # (interno): |
| Dirección del paciente: | Ciudad, estado: | Código postal: | Número de teléfono: |

Autorizo a Randolph Health divulgar copias de los archivos del paciente arriba mencionado a mí otros

NOMBRE o INSTALACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono: _____

FAX #: _____

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| Fecha (s) o período de tratamiento de la salud: | Copias de fecha necesitadas por: | <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recogida en correo <small>(Identificación requerida)</small> Copias entregadas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|----------------------------------|--|

FORMATO de SOLICITUD de DIVULGACIÓN:
 Papel Flash drive o CD Email(correo electrónico)

INFORMACIÓN QUE SE PUBLICARA (Verificar todo que aplica):


| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registro completo de Salud (excepto todas las imágenes) | <input type="checkbox"/> Registro completo de Salud (incluyendo todas las imágenes) |
| <input type="checkbox"/> Informe del Dpto. Emergencia | <input type="checkbox"/> Historial y examen físico |
| <input type="checkbox"/> Informes de Patología | <input type="checkbox"/> Informe Sobre Procedimiento |
| <input type="checkbox"/> Informes de Consulta | <input type="checkbox"/> Prueba de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Abstracto (incluye diagnóstico y dictados médicos) | <input type="checkbox"/> Informes EKG |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | <input type="checkbox"/> Informe Rayos X |
| | <input type="checkbox"/> Rayos X-película(s) |
| | <input type="checkbox"/> Fotos, cintas de video, digitales u otras imágenes |
| | <input type="checkbox"/> Expediente solicitud de revisión |
| | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta |

INFORMACIÓN SENSIBLE A INCLUIR: (Verificar todo lo que aplica):

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas | <input type="checkbox"/> SIDA o HIV |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental o Servicios | <input type="checkbox"/> Notas de Psicoterapias |

PROPÓSITO de SOLICITUD de DIVULGACIÓN:

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atención médica continua | <input type="checkbox"/> Cuidado personal | <input type="checkbox"/> Propósitos Legales |
| <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Militar | <input type="checkbox"/> Seguridad Social/Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| *164000002* |  | AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (IPS/PHI) |
| 164000002 AUREMEIN-SP | Revised 01/2017 Authorization To Release Protected Health Information (Spanish) Page 1of2 | |

RECONOCIMIENTOS:

Honorarios: Entiendo que puedo tener un cargo/cuota por la preparación de un resumen o explicación de mi Información Protegida de Salud. Yo también puedo tener un cargo/cuota por costos de reproducción para obtener una copia de mi Información Protegida de Salud o para obtener una copia del resumen o explicación de mi Información Protegida de Salud. En caso de solicitar que la información sea enviada a mí, entiendo que puedo tener un cargo/cuota por los gastos de envío. En caso de solicitar una copia electrónica de mi Información Protegida de Salud, entiendo que puedo tener un cargo/cuota de los medios de comunicación (es decir, CD, memoria USB) en el que mi copia es almacenada y que me proporcionaron y por los costos asociados a realizar la copia.

Iniciales: _____

Autorización voluntaria: Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar, en cuyo momento los expedientes solicitados no se pueden divulgar por Randolph Health.

Iniciales: _____

Revocación: Esta autorización expira 180 días desde la fecha de la firma, o en cualquier momento que, como el paciente, tutor o representante legalmente autorizado presente una solicitud por escrito especificando la revocación para la autorización. Entiendo que si revoco esta autorización, esa revocación no tendrá efecto alguno sobre las acciones que llevó a la organización antes de recibir la revocación.

Iniciales: _____

Usos secundarios y divulgaciones: Entiendo que la información usada o divulgada puede ser sujeta a re-divulgación por el destinatario o el centro de recepción de la Información de Salud. En ese momento, Randolph Health no es responsable de cómo se utiliza esa información. Por el contrario, la información cae bajo los avisos de privacidad y prácticas de la organización de acogida.

Iniciales: _____

Condición para recibir tratamiento: Tengo entendido que Randolph Health no puede hacerme firmar esta autorización como condición para recibir tratamiento excepto 1) cuando la Organización me ofrece tratamientos relacionados con la investigación, o 2) cuando la Organización me brinda salud únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para divulgación a otra persona.

Iniciales: _____


Formulario DEBE ser completado antes de firmar.

Firma del Paciente/Representante: _____ fecha: _____

Nombre Impreso del Paciente/Representante: _____

Describir la autoridad del representante para actuar en nombre del Paciente: _____

Firma de Testigo: _____ fecha: _____

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| *164000002* |  Randolph Health | AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (IPS/PHI) |
| 164000002 AUREMEIN-SP | Revised 01/2017 Authorization To Release Protected Health Information (Spanish) Page 2 of 2 | |