LEXINGTON MEDICAL CENTER

EXPEDIENTES MÉDICOS

2720 Sunset Blvd., West Columbia SC 29169 • (803) 791-2264 • FAX: (803) 791-2136

Autorización para Divulgar Información Protegida de Salud

Nombre completo del paciente en el momento del tratamiento:_____

Fecha de Nacimiento:_____ /_____ /_____ Número de Seguro Social: ___ ___ ___– ___ ___– ___ ___ ___ ___

Fecha(s) de tratamiento: _____

Propósito de la divulgación: _____

Yo autorizo al siguiente proveedor o entidad _____ para divulgar mi información de salud a:

Nombre del destinatario/proveedor: _____

Dirección del destinatario: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

☐ Enviar por correo el expediente ☐ Lo recogeré ☐ Enviar por FAX (solamente al proveedor o plan de salud) ☐ Solicito una copia de esta autorización

Información Para ser Divulgada**:** (Por favor marque con una palomita todas las que aplican)

- ☐ Factura
- ☐ Reportes de Citología
- ☐ Lista de Diagnóstico/Identificación del paciente
- ☐ Reportes del Departamento de Emergencia
- ☐ Electrocardiograma/Cardiovascular
- ☐ Reporte de Laboratorio (clase) _____
- ☐ Películas de Mamografía
- ☐ Reportes de Terapia Ocupacional
- ☐ Notas de Oficina (clase) _____
- ☐ Reportes de Patología
- ☐ Reportes de Terapia Física
- ☐ Dictado del Médico (clase) _____
- ☐ Prueba de Función Pulmonar
- ☐ Imágen de Radiología (clase) _____
- ☐ Reportes de Radiología
- ☐ Reportes de Terapia del Lenguaje
- ☐ Otro: _____

_____

1. Entiendo que si mis expedientes contienen documentación sobre abuso de alcohol, condición psiquiátrica, abuso de drogas o enfermedades contagiosas, esta información será divulgada como parte de mi informe.
2. Entiendo que si la persona o entidad que recibe esta información no está cubierta por regulaciones federales de privacidad, esta información ya no estará protegida y puede ser divulgada de nuevo.
3. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero esta revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada. Las Revocaciones deben ser enviadas a la dirección anotada en la parte superior de este formulario.
4. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi denegación a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento.
5. Entiendo que puede haber un cargo que pagar para conseguir la información solicitada. Información sobre el costo puede ser obtenida contactando el departamento de medical records que aparece en la parte superior de este formulario.
6. Entiendo que una copia o FAX de este documento es tan válido como el documento original.
7. Entiendo que esta autorización caducará en 90 días después de firmada, a menos que una fecha más temprana se especifique aquí _____.

_____ _____ _____

Firma del Paciente o Persona Autorizada | Fecha | Número de Teléfono del Contacto

_____ _____

Parentesco con el Paciente | Razón por la cual el Paciente es Incapaz de Firmar

PROVIDER USE ONLY

Original to Medical Records:_____ /_____ /_____ Copy to: _____ /_____ /_____

Date Date

Verification Completed By:_____