



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre anterior (si es diferente): _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono principal: _____ Fecha (s) de los servicios: _____

1. Instalación autorizada para divulgar información:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

2. Persona (s) o una instalación autorizada para recibir la información:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

3. Descripción de la información que puede ser usada y divulgada:

- Expediente Completo o parte especificad
Caratula
Resumen del alta
Historia médica y Examen físico
Reporte de personal médico consultado(s)
Reporte de Laboratorio(s)
Vacuna(s)
Reporte de radiología
Reporte operativo
Financiero
VIH, SIDA o relacionado con el SIDA
Drogas y/o abuso de alcohol
Salud mental
Otro: _____

3a. Entiendo que estoy dando permiso para divulgar la información médica que puede incluir tratamiento para la enfermedad física y/o emocional, enfermedades transmisibles, el tratamiento de abuso de alcohol o drogas, y/o el VIH, el SIDA, o información relacionada con el SIDA. El Paciente tiene que poner sus iniciales: _____

4. La información será usada y divulgada para los siguientes fines:

- Transferencia de Cuidado
Seguro
Abogado / Legal
Otro: _____

5. Entiendo que la información de la Salud descrita anteriormente puede ser revelada por el destinatario y la información puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

6. Entiendo que Beacon Health System, Inc. recibe una retribución por el uso y la divulgación de la Información

7. Entiendo que Beacon Health System, Inc. no condicionara mi tratamiento por el otorgamiento de esta autorización.

8. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento a través de un documento dirigido al supervisor de Registros en Beacon Medical Group a menos que alguna acción haya sido ejecutada en y este pendiente bajo esta autorización. Esta autorización caduca a los 60 días desde la fecha de firma a menos que se especifique lo contrario. Entiendo que hay un cargo por copias de expedientes médicos, \$20.00 por persona (\$35.00 por familia) para la transferencia de la atención. Si se trata de un abogado, uso personal, o un seguro, los cargos serán por código de Indiana I. C. 16-39-9. Estos cargos no aplican a copias solicitadas para atención médica continua con Beacon Health System. Al firmar esta autorización, reconozco que he leído y entendido esta autorización. En consecuencia, autorizo el uso o divulgación de mi información médica de acuerdo con los términos de esta autorización.

Firma del Paciente, Tutor Legal o Representante
Nombre del Paciente
Fecha

Nombre del Representante Personal
Relación con el Paciente
Se entregó copia de la Autorización al Paciente

Divulgado por
Vencimiento
Sólo uso de la oficina: Método de entrega