



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:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Expediente Completo o parte especificada | <input type="checkbox"/> Reporte de personal médico consultado(s) | <input type="checkbox"/> Financiero |
| <input type="checkbox"/> Carátula | <input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio(s) | <input type="checkbox"/> VIH, SIDA o relacionado con el SIDA |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Vacuna(s) | <input type="checkbox"/> Drogas y/o abuso de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Historia médica y Examen físico | <input type="checkbox"/> Reporte de radiología | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| | <input type="checkbox"/> Reporte operativo | <input type="checkbox"/> 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 condicionaría 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