



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Marque 1 espacio por formulario. Complete todo el formulario, colóquele la fecha y firmelo.

Beacon Medical Group*/Beacon Health, LLC/Med Point Bremen Elkhart General Hospital Memorial Hospital/Epworth

*Sitio de Beacon Medical Group nombre/dirección/nombre del médico:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del médico: _____

| | |
|-----------------------------|--|
| Paciente Información | Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____ |
| | Dirección: _____ |
| | Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ |
| | Teléfono n.º: _____ Nombres anteriores: _____ |

Compartir y divulgar mi Información de Salud Protegida con: **Recibir** mi Información de Salud Protegida de:

Nombre: _____ Teléfono n.º: _____ Fax n.º: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fechas a publicarse: ____ / ____ / ____ **al** ____ / ____ / ____

Registros de la clínica, sitio de Beacon Medical Group: se enviará un resumen general (*un resumen de dos años, a menos que se especifique lo contrario*)

(El resumen general incluye: notas del consultorio de la clínica, consultas, exámenes de laboratorio, resultados de las pruebas)

Resumen del hospital – se enviará un resumen general

(El resumen general incluye: resumen del alta, historial y examen físico, consultas, informes operativos, exámenes de laboratorio, informes de radiología y registros de la sala de emergencias)

Listas de medicamentos Registros de facturación Carátula Exámenes de laboratorio Radiología

Resumen del alta ER: registros de la sala de emergencias Informes operativos/procedimiento

Registros de inmunizaciones Consulta

Copias de películas/imágenes (enumere los detalles del tipo, dónde se tomaron, etc.): _____

Otro (enumere los detalles): _____

****Al seleccionar uno o más de los casilleros a continuación, autorizo específicamente a que estos registros sean divulgados o compartidos:**

** Salud conductual/registro de enfermedades mentales

** Tratamiento de enfermedades transmisibles, que incluyen VIH/SIDA, hepatitis y enfermedades venéreas, etc.

** Tratamiento por abuso de sustancias (p. ej., alcohol o drogas) Pruebas/Exámenes de detección genéticos

Método de entrega

Correo CD/DVD (no está disponible para todos los registros) Entrega por medios electrónicos _____

Anote una dirección de correo electrónico para la entrega por este medio (en letra de imprenta)

Objetivo de la divulgación

Abogado/representante legal Seguro Otro: _____

Puede haber cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la producción de los registros solicitados. Estos cargos no se aplican a las copias solicitadas para la atención médica continua. Esta autorización vencerá 60 días después de la fecha en que la firme. Entiendo que la información de salud descrita anteriormente puede ser divulgada por el destinatario y que la información ya no está protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que Beacon Health System puede recibir una compensación por el uso y la divulgación de la información. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que si me rehúso a firmar esto no afectará mi capacidad para obtener tratamiento. Entiendo que **puedo revocar esta Autorización en cualquier momento al enviar mi solicitud por escrito al Oficial de Privacidad al 615 North Michigan Street, South Bend, IN. 46601.** Al firmar esta Autorización, reconozco que la he leído. Además, autorizo el uso y la divulgación de mi Información de Salud Protegida de acuerdo con los términos de esta Autorización.

Firma del paciente o representante personal: _____

Fecha/Hora: _____

Nombre del paciente o representante personal en letra de imprenta: _____

Relación con el paciente (representante personal, proporcionar documentación) _____