



Beaufort Memorial HOSPITAL

955 Ribaut Rd., Beaufort, SC 29902

Autorización para usar o divulgar información médica protegida

Por la presente autorizo el uso o divulgación de la información de salud de la persona nombrada como se describe a continuación.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección (calle o P.O. box, ciudad, estado, código postal) _____

Expediente médico N.º _____ Cuenta N.º _____ Teléfono _____

Por la presente autorizo al siguiente individuo u organización

Beaufort Memorial Hospital Otro: _____

para divulgar copias de mi información médica protegida a: _____

(Nombre, dirección y número de teléfono)

Por la presente autorizo a Beaufort Memorial a obtener copias de mi información médica protegida de: ***

Fechas de tratamiento _____ Propósito de la solicitud _____

*** Se hará una copia de mi identificación y se adjuntará a esta autorización***

La siguiente información debe ser divulgada (por favor marque):

<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Reportes de radiología o imágenes	<input type="checkbox"/> Registro del Departamento de emergencia
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Notas del consultorio		
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio		

Para los registros entregados directamente al paciente, hay un cargo*.

Las tarifas cobradas para las copias de los registros médicos están de acuerdo con el S.C. Code Ann. § 44-7-325

Información sensible	Entiendo que la información en mi registro puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA o infección por VIH. También puede incluir información sobre servicios de salud mental o del comportamiento o tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.
----------------------	--

Derecho a revocar	Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en base a esta autorización.
-------------------	---

Vencimiento	A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá en la siguiente fecha o cuando ocurra el siguiente evento o condición: _____ Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en 180 días.
-------------	--

Revelación	Entiendo que cualquier revelación de información conlleva la posibilidad de una nueva revelación y que la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad.
------------	--

Otros derechos	Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Sin embargo, si esta autorización es necesaria para participar en un estudio de investigación, mi inscripción en el estudio de investigación puede ser denegada. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se usará o divulgará, según lo estipulado en CFR §164.524. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Departamento de Servicios de Información Médica al _____ (número de teléfono).
----------------	--

Firma del paciente o representante legal _____ Fecha _____

Si está firmado por un representante legal, relación con el paciente _____

**** Solo para uso del personal****

*** Please send CD and reports to: _____, Beaufort, SC 29902

Telephone number: 843-____ - ____ Fax number: 843-____ - ____