



Divulgación

Autorización para divulgar copias de una historia clínica

Departamento de divulgación de la información POR LA PRESENTE, AUTORIZO QUE LOS REGISTROS DE:

Firelands Regional Medical Center
1111 Hayes Ave., Sandusky, OH 448870
Teléfono: 419-557-7435
Fax: 419-557-5738
(Solo los registros hospitalarios)

North Coast Professional Group, LLC,
que opera como Firelands Physician Group
1111 Hayes Ave., Sandusky, OH 448870
Teléfono: 419-557-7435
Fax: 419-557-7872
(Solo los registros del consultorio médico)

Firelands Health The Bellevue Hospital
1400 W. Main St., Bellevue, OH 44811
Teléfono: 419-483-4040 Fax: 678-459-3518

Información sobre el paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección postal: _____ Últimos 4 dígitos del n.º de Seg. Soc.: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____ Fax: _____

Por la presente, autorizo que los registros DE:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Se divulguen A:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Propósito de la divulgación: Continuidad de la atención Solicitud del paciente Otro (especifique) _____
Fecha(s) del tratamiento: _____

Información a divulgar: (marque todas las opciones que correspondan)

Resumen del alta Informe del Departamento de Emergencias Informes de radiología/ecografía Informes operativos
 Antecedentes y examen físico Notas del consultorio médico Informes de laboratorio Otro: _____

La información: Se enviará por correo electrónico Se enviará por correo postal
 Se recogerá en persona (solo Hospital Bellevue de Firelands Health)

Yo, el abajo firmante, autorizo a Firelands Regional Health System y a sus agentes/empleados a divulgar información de mi historia clínica según se describe anteriormente. Entiendo y reconozco que la historia clínica puede contener información relacionada con trastornos psiquiátricos, resultados de pruebas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), afecciones relacionadas con el SIDA, consumo de alcohol y/o dependencia o abuso de drogas. También entiendo que la información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida. Entiendo que, si no firmo esta autorización, es posible que mi información no sea divulgada. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar dicha revocación por escrito al Departamento de HIPAA/Divulgación de Información. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación conforme a mi póliza. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a que yo no firme esta autorización. Entiendo que pueden aplicarse cargos por la copia y la divulgación de la información, y acepto la responsabilidad financiera correspondiente.

Paciente o persona autorizada para proporcionar el consentimiento _____ Fecha: _____
Firma _____ Relación con el paciente _____