

Autorización para la divulgación de información médica protegida

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección completa: _____

Nombre de soltera o anterior: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Divulgar información DE:

Sanford Health
Incluye a todos los centros del sistema Sanford Health

Otro - especifique a continuación la organización, el centro, el proveedor:

Nombre _____

Calle y número _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Fax _____

Divulgar información A:

Especifique a continuación la organización, el departamento o la persona:

Nombre _____

Calle y número _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Fax _____

Propósito de la divulgación:

Continuidad de atención médica Incapacidad laboral Determinación de discapacidad Personal

Reclamación de seguro Solicitud de seguro Legal Otro: _____

Forma de entrega: (Seleccione una) Fecha en que necesita la información: _____

MySanford Chart Divulgar también a representantes de My Sanford Chart

Correo electrónico seguro (se enviará a la dirección de correo electrónico que escribió arriba, a menos que especifique lo contrario)

Memoria USB (entrega electrónica)

Fax (solo continuidad de atención) al número de fax indicado arriba

Papel (se enviará por correo postal, a menos que indique que la recogerá)

Recoger en un centro de Sanford

Información que se divulgará:

Fechas de servicios que se divulgarán: Del: _____ Al: _____ Y todos los registros futuros hasta el vencimiento de la autorización

Síntesis (*historia clínica y examen físico, resumen del alta, informes operativos, consultas, notas de consultas ambulatorias, resultados de pruebas, estudios de laboratorio, notas de sala de emergencias, notas del proveedor relacionadas con un plazo específico*)

Resumen del alta Registros de sala de emergencias Historia clínica y examen físico Notas de consulta clínica

Informes de laboratorio y patología Informes de ECG y cardiología Registros de vacunación Informes operativos

Estados de cuenta de facturación desglosados Informes de radiología Imágenes de radiología Expediente médico legal (*pueden aplicarse cargos*)

Reclamaciones del hospital (UB) Registros de tratamientos por drogas o alcohol

Reclamaciones clínicas (HCFA 1500) Otros: _____

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE TODOS LOS REGISTROS DE TRATAMIENTOS POR DROGAS O ALCOHOL QUE FORMEN PARTE DE LOS REGISTROS QUE ESPECIFIQUÉ ARRIBA, A MENOS QUE INDIQUE LO CONTRARIO A CONTINUACIÓN:

_____ **No** divulguen los registros de tratamientos por drogas o alcohol protegidos por las leyes federales.

Puedo revocar la presente autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito al centro o proveedor que divulga los registros. Una revocación no es válida (1) en el caso de acciones que ya se hayan realizado con fundamento en esta autorización, o (2) si esta autorización se obtuvo como condición para recibir cobertura de seguro. Autorizo al centro o proveedor para divulgar información médica a la parte identificada en la sección "Divulgar información a". Entiendo que esta puede incluir información sobre salud mental, consumo de drogas y alcohol, y tratamiento contra el VIH. Entiendo que una vez divulgada, la información puede volver a ser divulgada por el destinatario y puede ya no estar protegida. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Excepto cuando la ley lo permita, mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento y recibir pagos, ni mi elegibilidad para beneficios. **La presente autorización vencerá un año después de la fecha de mi firma, a menos que yo especifique un evento o propósito diferente o una fecha de vencimiento alternativa en este espacio:** _____

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación de la persona que firma (si no es el paciente): _____

