

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha(s) del Servicio _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguridad Social _____

Yo, el que firma abajo, autorizo la divulgación o la solicitud de acceso a la información que se indica a continuación del expediente(s) médico del paciente nombrado arriba.

LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE SE NECESITA PARA:

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Continuación de Cuidados Médicos | <input type="checkbox"/> Militar | <input type="checkbox"/> Seguridad Social /Incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Uso Personal | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> A efectos legales | <input type="checkbox"/> Colegio | _____ |

INFORMACIÓN PARA SER DIVULGADA O TENER ACCESO:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historial y Físico | <input type="checkbox"/> Reporte de Consulta | <input type="checkbox"/> Récord de Sala de Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Reportes Quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Dada de Alta/Fallecimiento | <input type="checkbox"/> Cubierta de informes |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio/Patología | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología | |

(Nombre del Clínica) puede divulgar la información anteriormente mencionada a (indique el nombre o título del individuo o el nombre de la organización a quien se divulgarán los reportes y la dirección apropiada)

(Nombre del Individuo o de la Organización) Teléfono _____

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Entiendo que mis expedientes son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización por escrito, excepto cuando de otra manera sea permitido por ley. La información usada o divulgada por esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el que la recibe y no quedar protegida. Entiendo que la información indicada para ser divulgada puede incluir pero no se limita a: historial, diagnósticos y/o tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental o enfermedad contagiosa, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Entiendo que el tratamiento o pago no está condicionado a la firma de esta autorización, excepto en determinadas circunstancias como la de participación en programas de investigación, o la autorización de la divulgación de los resultados de pruebas con anterioridad a un empleo. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto la información que ya se haya divulgado en base a esta autorización. Entiendo que se puede cobrar un cargo de búsqueda/procesamiento y por copias de mi expediente médico de acuerdo a la Ley del estado de Mississippi.

Esta autorización vencerá ciento ochenta (180) días después de la fecha de mi firma a no ser que revoque la autorización antes de ese tiempo o a no ser que se indique de otra manera por fecha, evento o condición como se indica aquí:

Fecha _____ Firma: _____
Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Nombre en letra de imprenta del Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Para uso del departamento Relación con el Paciente

Addresses and Phone Numbers

Please mail the requested documentation to the relevant hospital address, listed below. Note that individuals requesting medical records must present a government-issued photo ID at the time of pickup.

Columbus Orthopaedic Clinic

Release of Information

670 Leigh Drive

Columbus, MS 39705

1-662-328-1012

Columbus Orthopaedic Outpatient Center

Release of Information

640 Leigh Drive

Columbus, MS 39705

1-662-328-7123