

+

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de teléfono: _____

Dirección: _____

Por la presente autorizo (seleccionar los lugares apropiados) para usar o divulgar mi información de salud como se describe a continuación.
 Mission Hospital Angel Medical Center Blue Ridge Regional Hospital CarePartners
 Highlands-Cashiers Hospital McDowell Hospital Transylvania Regional Hospital
 Práctica del médico _____ Otro _____

Divulgar la información solicitada (seleccione a continuación) de mis registros médicos / los registros del paciente mencionado anteriormente a:

Nombre (instalación, persona, organización) _____

Dirección _____ Ciudad /Estado _____

Teléfono/ Fax _____

Acceder a la información solicitada (seleccione a continuación)
 Inspeccionar/ver mi PHI (Información médica protegida)
 Inspeccionar/ver un resumen o explicación de mi PHI;
 Obtener una copia de mi PHI; u
 Obtener una copia de un resumen o explicación de mi PHI

Usar mi información médica protegida para los siguientes propósitos: _____

Propósito de divulgación: Legal Seguro Personal Asistencia sanitaria Remuneración del trabajador Otro: _____

Hospitales

Juego básico (Resultados laboratorio/Rad, Notas de proveedor, H&P, Nota Op)
 Juego completo (Documentación básica y clínica, Otro)
 Registro de ER Resultados de laboratorio Reporte de patología
 EKG/Estudios cardíacos Reportes de Rayos-X
 Otro: _____

Clinicas / Oficina

Resultados de laboratorio Información de facturación
 Registro completo
 Visitas de oficina Exámenes físicos
 Otro: _____

*Liberación de documentos no incluye notas de psicoterapia

Fecha(s) de tratamiento(s): _____ Formulario Solicitado por: Medio electrónico Copia en papel Ver solamente (con cita) Otro: _____
Método de entrega: Correo postal Buscar en persona Fax _____ Otro _____

Mi firma abajo indica que entiendo lo siguiente:

- Esta autorización para la liberación de mi información de salud es voluntaria, lo que significa que no tengo que autorizar esta liberación o firmar este formulario.
- Según proceda, esta liberación puede incluir información relacionada con el comportamiento/salud mental, tratamiento de drogas y abuso de alcohol, información genética, el VIH/SIDA, y otras enfermedades de transmisión sexual, a menos que sean limitados por las secciones anteriores.
- Mi decisión de firmar esta autorización no tendrá un efecto en el tratamiento proporcionado a mí por el proveedor de servicios de salud, el costo de ese tratamiento, o mis beneficios.
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándole por escrito al departamento HIM de Mission Health.
- La revocación de esta autorización no afectará cualquier divulgación hecha antes de revocar esta autorización.
- A menos que se revoque o una fecha de caducidad se indica aquí _____, esta autorización caducará en 90 días.
- Después de liberar mi información puede no estar protegida por las regulaciones de privacidad, lo que significa que la persona recibiendo la información puede ser capaz de compartir esa información sin mi permiso.
- Mission Health no utilizará o compartirá mi información de salud sin mi permiso, excepto lo que permite o exija la ley.
- Este formulario no será utilizado para la comercialización o investigación.
- Una cuota puede ser cobrada por proporcionar los informes médicos solicitados.
- Puedo pedir y obtener una copia de esta autorización. Una copia legible/fax de esta autorización tendrá la misma fuerza y efecto que el original.

Por la presente autorizo el acceso, uso o divulgación de mi información de salud como se describe en este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del paciente o representante

Si es el representante, por favor indicar su relación con el paciente.

Padre/Madre Tutor legal Albacea de la herencia Poder legal Otro: _____

Prueba de la documentación de la relación puede ser necesaria

Información del contacto:

HIM Department,
509 Biltmore Ave
Asheville, NC 28801 (828) 213-0636

DO NOT WRITE IN MARGINS

MHS-04640-115-0915



04640-105

MISSION HEALTH

**Autorización para el
acceso, uso, o
divulgación de
información médica
protegida**

