LEXINGTON MEDICAL CENTER

EXPEDIENTES MÉDICOS

2720 Sunset Blvd., West Columbia SC 29169 • (803) 791-2264 • FAX: (803) 791-2136

Autorización para Divulgar Información Protegida de Salud

Nombre completo del paciente en el momento del tratamiento:_____

Fecha de Nacimiento:_____ / _____ / _____ Número de Seguro Social: ____ ____ ____ – ____ ____ – ____ ____ ____ ____

Fecha(s) de tratamiento: _____

Propósito de la divulgación: _____

Yo autorizo al siguiente proveedor/entidad _____ para que divulgue mi información de salud a:

Nombre del Destinatario/Nombre del Proveedor: _____

Dirección del Destinatario: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

☐ Portal ☐ Enviar por correo el expediente ☐ Recogeré ☐ FAX (solamente al proveedor atención médica) ☐ Solicito una copia de esta autorización

Información Para ser Divulgada: (Por favor marque con una palomita todas las que aplican)

☐ Factura
☐ Reportes de Citología
☐ Lista de Diagnóstico/Identificación del paciente
☐ Reportes del Departamento de Emergencia
☐ Electrocardiograma/Cardiovascular
☐ Reporte de Laboratorio (clase)_____
☐ Películas de Mamografía
☐ Reportes de Terapia Ocupacional
☐ Notas del Consultorio (Especifique el consultorio) _____
☐ Reportes de Patología
☐ Reportes de Terapia Física
☐ Dictado del Médico (clase)_____
☐ Prueba de Función Pulmonar
☐ Imagen de Radiología (clase)_____
☐ Reportes de Radiología
☐ Reportes de Terapia del Lenguaje
☐ Otro: _____
_____

1. Entiendo que si mis expedientes contienen documentación sobre abuso de alcohol, condición psiquiátrica, abuso de drogas o enfermedades contagiosas, esta información será divulgada como parte de mi informe.
2. Entiendo que si la persona o entidad que recibe esta información no está cubierta por regulaciones federales de privacidad, esta información ya no estará protegida y puede ser divulgada de nuevo.
3. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero esta revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada. Las revocaciones deben ser enviadas a la dirección anotada en la parte superior de este formulario.
4. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi denegación a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento.
5. Entiendo que puede haber un cargo que pagar para conseguir la información solicitada. Información sobre el costo puede ser obtenida contactando el departamento de Medical Records (expedientes médicos) que aparece en la parte superior de este formulario.
6. Entiendo que una copia o FAX de este documento es tan válido como el documento original.
7. Entiendo que esta autorización caducará 90 días después de firmada, a menos que una fecha más temprana se especifique aquí _____.

_____ _____ _____
Firma del Paciente o Persona Autorizada | Fecha | Número de Teléfono del Contacto

_____ _____
Parentesco | Razón por la cual el Paciente no Puede Firmar

PROVIDER USE ONLY

Original to Medical Records:_____ / _____ / _____ (Date) Copy to: _____ / _____ / _____ (Date)

Verification Completed By:_____