FirstHealth OF THE CAROLINAS

8181.99.15009.04 sp Sunset Date: 3/2024

Authorization for Release of Information - Spanish
Page 1 of 1

1ROI001

Place Patient Label Inside This Box

Autorización para la Divulgación de Información

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO: Escriba legiblemente y llene todas las secciones como se indica. Envíe el formulario lleno y firmado a: _____

Por favor, complete todas las áreas resaltadas en amarillo

PARTE A

Nombre del(de la) Paciente: Teléfono:

Domicilio: Correo electrónico:

Fecha de nacimiento: Nro. de Seguro Social (últimos 4 dígitos): Historia Clínica:

PARTE B: PERSONA O INSTITUCIÓN QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN

Yo mismo(a) (Esta información es igual a la presentada más arriba)

Persona o Institución: Teléfono: Fax:

Domicilio: Correo electrónico:

PARTE C: INFORMACIÓN A DIVULGAR (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Abstracto/Resumen (Resumen de Alta, Notas Operativas/sobre los Procedimientos, Patología, Laboratorio. Notas del Departamento de Emergencia, Visitas Clínicas, Consultas).
- ☐ Historia Completa
- ☐ Resumen de Alta
- ☐ Antecedentes y Examen Físico
- ☐ Informe de la Consulta
- ☐ Informe Operativo
- ☐ Registro del Departamento de Emergencia
- ☐ Informes de Laboratorio
- ☐ Informes de Patología
- ☐ Informes de Radiología
- Visita Clínica (Especificar el Proveedor/la Clínica): _____
- Otro: _____

Entiendo que la información a divulgar puede incluir referencias a información sensible relacionada con salud mental y conductual, pruebas genéticas, VIH/SIDA u otra enfermedad transmisible, y consumo de drogas o de alcohol. Específicamente apruebo que se divulgue la siguiente información que ha sido identificada como sensible y/o restringida (marque todas las opciones que correspondan):

☐ Salud Mental y Conductual ☐ Trastorno por Consumo de alcohol y/o Drogas ☐ Diagnóstico de SIDA y/o VIH ☐ Notas de Psicoterapia

Lugar del Tratamiento:

☐ Todos los estableci- mientos de FirstHealth ☐ Moore Regional Hospital ☐ Moore Regional Hoke Campus ☐ Moore Regional Richmond Campus

☐ Montgomery Campus ☐ Otro: _____

Fecha(s) de Tratamiento: Desde: _____ hasta _____ (Por favor, sea específico(a))

PARTE D: OBJETIVO DE LA SOLICITUD

☐ Personal ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Continuación del Cuidado ☐ Otro: _____

PARTE E: FORMATO Y ENTREGA DE LA INFORMACIÓN

Formato (seleccione solo uno): ☐ CD ☐ Papel

☐ Fax **(SOLO para los Proveedores de Atención de la Salud)**

Método de Entrega (seleccione solo uno): ☐ Electrónico (MyChart)

☐ Correo Postal ☐ Recoger en Persona: Nombre: _____

PARTE F: REVISIÓN Y APROBACIÓN

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento o el pago de la atención de mi salud. Esta autorización es nula en 180 días después de la fecha de la firma o en cualquier momento en que Yo, como paciente, tutor o representante legal presente **una solicitud específica por escrito ante la institución antes mencionada para revocar** la autorización. Dicha revocación regirá salvo en el caso de que la institución ya haya utilizado o divulgado la información en base a esta autorización. Entiendo que la información divulgada en cumplimiento de lo establecido por esta autorización podrá ser re-divulgada por el destinatario y ya no podrá quedar protegida por la ley federal de privacidad.

Los registros de consumo de alcohol y de sustancias ilegales se encuentran protegidos por las Normas Federales de Confidencialidad (42 CFR parte 2). Las Normas Federales prohíben toda divulgación de dichos registros a menos que su divulgación adicional se encuentre expresamente permitido por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o, de otra forma, esté permitido por lo que se establece en 42 CFR Parte 2. Una autorización general para difundir información médica o de otro tipo no es suficiente para la re-divulgación de los registros protegidos. Las Normas Federales también restringen todo uso de la información para realizar una investigación o llevar a juicio penal a cualquier paciente por consumo de alcohol o sustancias ilegales.

_____ _____ _____

Firma del (de la) Paciente/* Persona Autorizada para Firmar** **Fecha:** **Hora:**

_____ _____ _____

Firma del Testigo: **Fecha:** **Hora:**

Si usted no es el(la) paciente o padre/madre de un paciente menor, DEBE adjuntar documentación que le autorice a actuar en nombre del (de la) paciente (es decir, un Poder Legal, Orden de la Corte, Documentación de Representante Legal, Albacea/Administrador).

****** LA SIGUIENTE SECCIÓN DEBE COMPLETARSE SIEMPRE QUE EL PACIENTE NO PUEDA FIRMAR POR SI MISMO(A) PARA PERMITIR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.***

El(la) paciente no puede autorizar que se divulguen sus registros/información debido a lo siguiente (marque una opción):

☐ El(la) paciente es menor, ☐ El(la) paciente no se encuentra en pleno uso de sus capacidades mentales, ☐ El(la) paciente presenta una discapacidad física que le prohíbe firmar o

☐ Fallecido(a)/Otro (indicar, con claridad, otra razón, si la hubiera) _____

NOTA: <u>Si el(la) paciente ha fallecido, solo el albacea y/o administrador del estado o familiar cercano puede autorizar la divulgación de las copias de los registros médicos. Es necesario presentar la documentación que refleje la autoridad legal de la persona para firmar la divulgación de los registros.</u>