

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente:			
	Apellido	Primer nombre	Inicial
Domicilio:			
Número de teléfono:			
Fecha de nacimiento :		Fecha de Servicio a ser revelada:	
Especificar información a revelarse (escriba o marque debajo)			
<p>Descripción corta de información de salud protegida (PHI en inglés) revelada:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Copia del original O <input type="checkbox"/> Formato electrónico</p> <p>(marque uno, o todos los que apliquen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hoja de presentación <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Resultados de Radiología, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Historia o examen físico <input type="checkbox"/> Sumario del alta <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Record médico completo <input type="checkbox"/> Record de tratamiento de emergencia <input type="checkbox"/> Factura detallada o información de facturación <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____ 			
<p>Quando marco una categoría de información altamente confidencial listada debajo y firmo en la línea apropiada después de marcar la casilla, yo específicamente autorizo el uso y, o revelación del tipo de información altamente confidencial indicada junto a mi firma, si tal información se va a utilizar o revelar como lo indica esta Autorización: (Puede saltar esta sección si no aplica)</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enfermedad mental _____ <input type="checkbox"/> Incapacidad del desarrollo _____ <input type="checkbox"/> Notas de sicoterapia _____ <input type="checkbox"/> Examen de HIV-SIDA o tratamiento (sin importar el resultado) _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea _____ <input type="checkbox"/> Abuso de un adulto incapacitado _____ <input type="checkbox"/> Asalto sexual _____ <input type="checkbox"/> Abuso Infantil o Negligencia _____ <input type="checkbox"/> Examen genético _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ 			
<p>Destinatario: Nombre de la persona o tipo de personas a quien PALMETTO GENERAL HOSPITAL pudiera revelarle mi información de salud.</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>_____</p>			
<p>TÉRMINO: Esta autorización permanecerá vigente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Desde la fecha de esta Autorización hasta el día _____ de _____ de 20____ <input type="checkbox"/> Hasta que la entidad cubierta satisfaga esta solicitud <input type="checkbox"/> Hasta que suceda el evento siguiente: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ 			

