El precio de los Pacientes:
$1 por Página las Páginas 1-10
.50 por Página las Páginas 11-50
.25 por Página las Páginas 51+
Cargo adicional por gastos de envío e impuestos

WISHARD HEALTH SERVICES

1001 W. 10th Street, Indianapolis, Indiana

Rev. 4/12

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

DEBE COMPLETAR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SECCIONES, DE LO CONTRARIO SE LE DEVOLVERÁ EL FORMULARIO PARA QUE LO COMPLETE.

1.) Identidad: Nombre del paciente: _____

Núm. de seguro social: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

2.) Tipo de divulgación: Copias en papel de la información Revisión de la información en la institución Divulgación oral que le permite al personal hablar sobre la atención

3.) Emisor y receptor: Autorizo la divulgación de información médica (como se indica). Proporcione la dirección postal completa.

De: _____

(Institución a la cual se divulgará la información) _____

_____

_____

Entregar a: _____

Por correo postal _____

_____

Me gustaría recoger la información Llame al: _____

4.) Margen de tiempo: Me gustaría que la información abarcara las siguientes fechas: _____ al _____.

5.) Qué divulgar: Por favor, marque la información que le gustaría divulgar

PACIENTE HOSPITALIZADO

Registros relacionados con (especifique): _____

Resumen de alta
Informe de operaciones
Reporte de rayos X
Informe(s) de patología
Historial y examen médico
Reportes de laboratorio
Otro (especifique): _____

PACIENTE AMBULATORIO

Registros relacionados con (especifique): _____

Notas clínicas
Reporte(s) de rayos X
Informe(s) de patología
Notas de la sala de emergencia
Ambulancia
Informe(s) de laboratorio
Evaluación biosicosocial
Plan de tratamiento
Farmacia
Otro (especifique): _____

6.) Divulgación de información especial protegida:
Autorizo la divulgación de información con relación a las enfermedades contagiosas y registros de tratamiento para el abuso de drogas y alcohol, que está protegida por el Título 42 del Código de Reglamentos Federales, parte 2:

a. El diagnóstico o tratamiento de SIDA, incluidos los resultados de las pruebas de VIH (el virus que causa el SIDA). SÍ NO/No corresponde
b. El diagnóstico o tratamiento del abuso de substancias y/o alcohol. SÍ NO/No corresponde
c. El tratamiento y/o consulta de salud mental o condiciones psicológicas. SÍ NO/No corresponde

Nota para el receptor de la información divulgada según el párrafo 6) b.: Esta información se le reveló a partir de registros protegidos por la ley federal sobre confidencialidad - a saber, el Título 42 del Código de Reglamentos Federales,. Parte 2: Las reglamentaciones federales le prohíben hacer cualquier divulgación posterior de esta información, a menos que expresamente esté permitida dicha divulgación posterior por medio de un consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o bien e acuerdo con lo autorizado por el Título 42 del Código de Reglamentos Federales Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las reglamentaciones federales restringen cualquier uso de la información con el fin de realizar una investigación o procesamiento penal del abuso de alcohol o drogas.

7.) Propósito de la divulgación: Marque una opción: corbetura de aseguransa Seguro Asunto legal Otro (especifique): _____

8.) Fecha de vencimiento: Esta autorización se vencerá en 60 días a menos que se indique lo contrario o en el siguiente evento _____ o condición _____.

- Entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, verbalmente o por escrito, a menos que la acción ha sido tomada en relación con ella.
- El tratamiento, pago, inscripción en cualquier plan de salud o elegibilidad no está condicionada a la firma de esta autorización.
- A menos que se refiere el apartado 6.) Por encima de una vez que esta información haya sido divulgada, no está protegido por los Servicios de Salud de Wishard y, potencialmente, puede ser divulgada por la parte que recibe esta información.

He leído y comprendido esta información. He recibido una copia de este formulario y soy el paciente o soy la persona autorizada para actuar en nombre del paciente y firmar este documento que verifica la autorización para el uso o divulgación de esta información.

_____ Fecha

_____ Firma del paciente

En caso de que el paciente no pueda firmar, asegure el consentimiento del representante legal e indique la razón. La constancia del nombramiento del representante debe estar archivada en el expediente o enviarse junto con la solicitud.

_____ Firma del representante legal y relación con el paciente

_____ Razones

_____ Firma del testigo

Department Use Only
Released by: _____
_____
Date: _____

1058S1 OF 1

White--Individual/Entity to Release Information
Yellow—Patient
CON-79

Release Of Information
Form #-1028