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:_____

Teléfono:_____ Fax:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

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

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

Reportes/Notas

☐ Notas de la Sala de Urgencias
☐ Historia y Examen Físico
☐ Consultas
☐ Reportes Quirúrgicos
☐ Resumen de Alta
☐ Reportes de Terapia Física/Ocupacional/Del Habla
☐ Nota de Consultorio Médico

Especifique el Consultorio:_____

_____

Resultados de Análisis/Estudios

☐ Pruebas de Laboratorio
☐ Reportes de Patología

Rayos-X/Radiología

☐ Reportes
☐ Películas (clase):_____

Cardíaco/Respiratorio

☐ Reporte de Cateterización
☐ Ecocardiograma
☐ Electrocardiograma
☐ Prueba de Esfuerzo
☐ Prueba de Función Pulmonar

Otro

☐ Lista de Diagnósticos/Resumen de Codificación
☐ Lista de Medicamentos
☐ Registro de Vacunas
☐ Registro de Facturación
☐ Hoja de Identificación del Paciente
☐ El Expediente Médico Completo
☐ Resumen del Expediente Médico
☐ Especifique 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