AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN (adjunto A)

Nombre del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de teléfono: _____

Expediente médico n.º: _____ N.º de SS: _____

Highpoint Health with Ascension Saint Thomas
Release of Information
Teléfono 615.328.6623
Fax 615.328.6637 or 888-330-1312

Divulgar información DESDE Highpoint Health with Ascension Saint Thomas

Autorizo a que Sumner Regional Medical Center divulgue copias de mis expedientes según se indica a continuación. La información debe enviarse a:

_____
Nombre del médico, institución, individuo
(destino de los expedientes)

_____
Dirección

_____ _____

FECHAS DE TRATAMIENTO

Fechas: _____

La información a divulgar deberá detallarse con fechas específicas de servicios, tratamientos, etc. Deberá brindarse una descripción significativa de la información a divulgar.

Divulgar información A Highpoint Health with Ascension Saint Thomas

Autorizo divulgar la información de:

_____
Nombre del médico, institución (origen de los expedientes)

_____ _____
Teléfono Fax

Envíe los expedientes solicitados a:

Dr. _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Teléfono del piso/estación de enfermería: _____

Fax del piso/estación de enfermería: _____

***Tenga en cuenta que la información divulgada en respuesta a esta autorización podría estar sujeta a la redivulgación por parte del destinatario y ya no estaría protegida por Highpoint Health with Ascension Saint Thomas.**

Información a divulgar

- ☐ Resumen del alta médica
- ☐ Historia clínica y exámenes físicos
- ☐ Informe quirúrgico
- ☐ Radiografías
- ☐ Visitas clínicas
- ☐ Informes de emergencia
- ☐ ECG
- ☐ Análisis de laboratorio
- ☐ Órdenes del médico
- ☐ **Información delicada** (alcohol, drogas, enfermedades Mentales VIH/SIDA, ETS)

Motivo de la divulgación

- ☐ Abogado
- ☐ Seguro social
- ☐ Continuidad de la atención
- ☐ Indemnización por accidentes de trabajo
- ☐ Otro (especifique a continuación) _____
- ☐ Discapacidad
- ☐ Seguro médico
- ☐ Declaración jurada
- ☐ Facturación

La fecha de vencimiento de la autorización expresada es el _____. Si el paciente no expresa su deseo de que una fecha o afección específica cancele la autorización, esta vencerá a los 90 días desde la fecha de la firma del paciente o el representante legal.

He leído o me han leído los puntos anteriores y los comprendo en la medida en que correspondan a mi situación. También comprendo que podría revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan realizado acciones según esta autorización. La revocación por parte del paciente o el representante legal solo se permite en caso de que la información no se haya divulgado aún. Existen excepciones específicas para revocar una autorización, según se indica en las leyes federales, como:

- **Highpoint Health with Ascension Saint Thomas** inició acciones con relación a la confiabilidad de dicha información y dichas recomendaciones, o
- La autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro médico, conforme a lo cual otra ley le brinda a la aseguradora el derecho de objetar un reclamo según la póliza.

Para revocar una autorización, debe presentarse un documento por escrito donde se indique la intención del paciente de revocar la autorización, ya sea por escrito o por correo postal certificado al oficial de privacidad de **Highpoint Health with Ascension Saint Thomas**. El documento de revocación debe contener la firma del paciente o de su representante legal. Comprendo que obtener esta autorización no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios.

_____ _____
Firma del paciente o del representante legal correspondiente Fecha

_____
Si corresponde, relación con el paciente

Se brindó una identificación con foto ____sí _____no Si no, debe indicarse el método de identificación del paciente y debe brindarse una copia con la autorización

Para que sea válida, la firma en la autorización debe ser posterior a la fecha de servicio para la cual se solicita la divulgación.

_____ _____
Testigo Fecha