



SPOC8090

Nombre del paciente: _____ SSN# _____ Fecha de nacimiento: _____

Proveedor de atención sanitaria: _____ Numero de telefono: _____

LLENE ESTE LADO SI LOS REGISTROS SE ENTREGARÁN AL PACIENTE O AL REPRESENTANTE PERSONAL:

Por medio de la presente solicito que el proveedor de atención medica me diga la información descrita a continuación.

METODO DE ENTREGA:

- Recogerlos en esta oficina
- Mandar por correo electrónico a la siguiente dirección: _____
- Mandar por correo a la siguiente dirección: _____
- Otro: _____

FORMATO DE LOS REGISTROS:

- Papel
- Electrónico

INFORMACION PARA SER COMPARTIDA:

El tipo y la cantidad de información que se utilizará o se divulgará es la siguiente: _____

- | | | | |
|---|--|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Registro médico entero | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Declaración detallada | Fecha(s) de servicio |
| <input type="checkbox"/> Historia/Examen físico | <input type="checkbox"/> Notas de enfermeras/os | <input type="checkbox"/> Ordenes del medico | |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Registros de medicación | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar): | |
| <input type="checkbox"/> Informe de consulta | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Reporte operativo | <input type="checkbox"/> Resultados de rayos x | _____ | |

DIVULGACIÓN CON EL PROPÓSITO DE: _____

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

REVOCACIÓN Y VENCIMIENTO

Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento con mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones en virtud de la misma. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Oficial de Privacidad (225 E. Washington Street, Jonesboro, AR 72401; (870) 207.4422). Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____
 Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en 6 meses.

NO FIRMAR LA AUTORIZACIÓN

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo revisar o copiar la información que se usará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre mi información de salud, puedo comunicarme con el Oficial de privacidad en la dirección y el número de teléfono anteriores.

St. Bernards no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios por los que usted firma esta autorización. La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a que el destinatario la vuelva a divulgar y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad.

Firma de Paciente o Representante Personal

Fecha/Hora

Relación con Paciente, si firmado por Representante Personal

Firma de Testigo