

PENINSULA REGIONAL MEDICAL CENTER
AUTORIZACIÓN PARA DIFUNDIR INFORMACIÓN MÉDICA
(AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION)

PARA TODA AQUELLA INFORMACIÓN NO DESTINADA A LA ATENCIÓN CONTINUADA DEL PACIENTE hay un cargo establecido. Para más información, sírvase consultar a un Representante del servicio al cliente en el Departamento de información médica. 100 East Carroll Street Salisbury, MD 21801 ■ Teléfono 410-543-7075
Envíe el formulario lleno al 410-912-5794 o por correo electrónico a inforelease@peninsula.org

Número de Seguridad Social (últimos 4 dígitos): _____ Fecha de hoy: _____

Yo, el suscripto, autorizo por la presente a Peninsula Regional Medical Center a difundir copias de Información protegida sobre la salud (Protected Health Information - PHI) sobre

Nombre: _____ Fecha de servicio: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si se envía por correo enviar a: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

El propósito o la necesidad de dicha difusión es _____

Los registros médicos a ser difundidos pueden contener información relativa a diagnósticos y tratamientos psiquiátricos, de drogas y/o alcohol. Peninsula Regional Medical Center está autorizada a difundir/solicitar los siguientes informes médicos (por favor marque la información que desea que se envíe):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía como paciente externo | <input type="checkbox"/> Historia de admisión y examen físico |
| <input type="checkbox"/> Registro de Sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Sumario de alta |
| <input type="checkbox"/> Rayos-X, EKG, EEG, Laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe operativo y de patología |
| <input type="checkbox"/> Funcionamiento pulmonar | <input type="checkbox"/> Informe de consulta |
| <input type="checkbox"/> Medicina física | <input type="checkbox"/> Clínica |
| <input type="checkbox"/> Medicina nuclear | <input type="checkbox"/> Otra _____ (especifique) |
| <input type="checkbox"/> MyPencare (Portal del Paciente) acceso: | |

(Se requiere la dirección de correo electrónico del Paciente)

Esta información se ha difundido de registros protegidos por varias normas y reglamentaciones federales de confidencialidad. Estas reglamentaciones federales prohíben cualquier difusión posterior de esta información a menos que la difusión posterior esté permitida expresamente por medio de una autorización escrita de la persona a la que pertenece o sea permitida de otro modo por las normas y reglamentaciones federales de confidencialidad. Un consentimiento general para la difusión de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas y reglamentaciones federales restringen cualquier uso de la información a la investigación o el proceso penal de cualquier paciente que haga abuso de alcohol o drogas.

Entiendo que la información usada o difundida de conformidad con la autorización puede estar sujeta a redifusión por parte de quien la reciba y ya no se encontrará protegida por esta norma.

Por la presente autorizo a _____ a retirar la antes mencionada Información protegida sobre la salud (Protected Health Information -PHI).

Firma del paciente /Representante

Esta autorización tiene fecha de expiración a un (1) año. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en tanto Peninsula Medical Center haya iniciado alguna acción basada en esta autorización, enviando una revocación por escrito a Privacy Officer, Peninsula Regional Medical Center, 100 East Carroll Street, Salisbury MD 21801.

Firma del paciente / Representante

Fecha/Hora

Relación

Dirección

Testigo

Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono

