



Número de Expediente Médico: \_\_\_\_\_

**SE Lackey Memorial Hospital y Clínicas**

**Acceso/Autorización del Paciente para el Uso y la Divulgación de la Información del Paciente**

\*No se aceptarán formularios que no estén completos.\*

**Seleccione la ubicación para la cual autoriza a divulgar su información médica protegida (PHI).**

- SE Lackey Memorial Hospital
- Hogar de Convalecencia de Ancianos
- Unidad de Salud Conductual Lacayo: \_\_\_\_\_
- Clínica/Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Por la presente, solicito/autorizo el uso o divulgación de mi información médica protegida ("PHI") como se describe a continuación.

**Información para el paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

**Información de la versión**

Lanzamiento

Suelta a: \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Propósito de la liberación**

- Personal  Legal/Abogado  Seguro  Discapacidad  Cuidado Continuo  Escuela
- Compensación al Trabajador  Otro (ser específico): \_\_\_\_\_

**PHI que se divulgará**

**Fechas de servicio:** De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Para \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Información requerida por** (Opcional): \_\_\_\_\_

- Historia y Físico  Informes de Radiología/ Disco  Informes de consulta  Órdenes del médico
- Informe Operativo  Electrocardiograma  Informe de la sala de emergencias
- Resumen de alta  Informes de Laboratorio  Notas de progreso
- Los Demas: \_\_\_\_\_

**Divulgación de información confidencial: Entiendo que esta información de salud puede incluir información confidencial. Al firmar este formulario, autorizo específicamente la divulgación de cada elemento de información confidencial inicializado:**

- Información sobre el tratamiento por abuso de sustancias  Información de salud mental
- Pruebas genéticas  Información relacionada con el VIH (incluidas las pruebas relacionadas con el SIDA)
- Otros abusos \_\_\_\_\_

**Derechos del paciente**

Esta autorización caducará a los 30 días de la fecha de la firma. Entiendo que cuando doy mi permiso para divulgar mi información de salud o quitar mi permiso (revocar) a otro centro o persona, debo comunicarme con esa parte. Si desea retirar su permiso, envíe una notificación por escrito con la firma y la fecha de la información del paciente que se divulgará a: SE Lackey Memorial Hospital, Attention: Health Information Department, 330 N Broad Street, Forest, MS 39074. El aviso debe incluir información detallada tal como se identificó en la solicitud de autorización original. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que este formulario es voluntario y que SE Lackey Memorial Hospital no condicionará mi tratamiento a dar esta autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo. He leído detenidamente y comprendo los Derechos del Paciente anteriores, y en este documento autorizo expresa y voluntariamente la divulgación de toda la información solicitada en esta autorización, incluida la "Divulgación de información confidencial". **Reconozco esta autorización con mi firma a continuación**

Firma del Paciente/Representante	Descripción	Fecha
Testigo	Fecha	

\*\* Si este formulario se firma en nombre del representante de un paciente, la persona que firma debe documentar la relación anterior.

\* «Si el paciente mencionado anteriormente es menor de 18 años, este formulario de autorización (y cualquier revocación) debe estar firmado por un padre, tutor u otra persona que actúe in loco parentis y que tenga autoridad para actuar en nombre de otro menor. Como la persona que firma al paciente, yo, el padre, tutor, parte que actúa como loco parentis o representante legal garantizo que tengo la autoridad legal para actuar en nombre del paciente y que no se me prohíbe por orden judicial o ley tener acceso a los registros médicos solicitados.