

## Autorización para la divulgación de información de salud de Protectect

**Trident Health System**

Fax: 855-668-0697 Teléfono: 888-616-5721

|   |                   |  |                                |   |                                    |
|---|-------------------|--|--------------------------------|---|------------------------------------|
| <b>Sección A: Esta sección debe ser completada para todas las autorizaciones - *Requerido</b>   |                   |  |                                |   |                                    |
| <b>*Nombre del Paciente:</b>  |                   | <b>*Fecha de Nacimiento:</b>   | <b>*Teléfono del Paciente:</b> | Últimos 4 dígitos del SS (opcional)   |                                    |
| <b>*Nombre del Proveedor:</b><br>Trident Medical System   |                   | <b>*Nombre del Destinatario:</b>   |                                |   |                                    |
| <b>*Dirección del Proveedor:</b><br>9330 Medical Plaza Drive<br>Charleston, SC 29406  |                   | <b>*Dirección 1:</b>   |                                | <b>*Dirección 2:</b>  |                                    |
|   |                   | <b>*Dirección 1:</b>   |                                | <b>Teléfono del Destinatario:</b>   | <b>Nº de Fax del Destinatario:</b> |
|   |                   | <b>*Ciudad:</b>  |                                | <b>*Estado:</b>   | <b>*Código Postal:</b>             |
| Solicitud de Entrega (Si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel): <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Medio electrónico, si está disponible (p. ej. USB, CD/DVD)<br><input type="checkbox"/> Correo Electrónico Encriptado <input type="checkbox"/> Correo Electrónico Sin Encriptar<br>NOTA: En caso de que el centro no pueda hacer una entrega electrónica que usted haya solicitado, se entregará con un método alternativo (por ejemplo, una copia en papel. Al recibir medios electrónicos o correos electrónicos sin encriptar, existe un cierto nivel de riesgo de que un tercero pueda ver su PHI (Información de Salud Protegida) sin su consentimiento. No somos responsables por el acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato ni por algún riesgo potencial que pueda ser introducido en su computadora/dispositivo (por ejemplo, un virus) cuando reciba la PHI en formato electrónico o por correo electrónico. |                   |  |                                |   |                                    |
| <b>Dirección de Correo Electrónico (si marcó correo electrónico arriba. Por favor escriba claro):</b>   |                   |  |                                |   |                                    |
| <b>*Caducidad de esta autorización: (escriba solo uno de los siguientes: la fecha o en qué evento)</b> Si la fecha o el evento se dejan en blanco, la solicitud caducará en un año a partir de la fecha de la firma)  |                   |  |                                |   |                                    |
| <b>Fecha:</b>   |                   | <b>Evento:</b>   |                                |   |                                    |
| <b>*Propósito de la divulgación:</b>  |                   |  |                                |   |                                    |
| <b>Descripción de la información a utilizar o divulgar</b>  |                   |  |                                |   |                                    |
| ¿Esta solicitud es para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, entonces esto es lo único que usted puede solicitar en esta autorización. Usted debe presentar otra autorización para otros ítems detallados a continuación. <input type="checkbox"/> No, entonces usted puede seleccionar tantos ítems de abajo como necesite.   |                   |  |                                |   |                                    |
| <b>*Descripción:</b>  | <b>*Fecha(s):</b> | <b>*Descripción:</b>   | <b>*Fecha(s):</b>              | <b>*Descripción:</b>  | <b>*Fecha(s):</b>                  |
| <input type="checkbox"/> Todo PHI el historial médico<br><input type="checkbox"/> Formulario de admisión<br><input type="checkbox"/> Reportes de dictado<br><input type="checkbox"/> Ordenes médicas<br><input type="checkbox"/> Ingesta/Excreción<br><input type="checkbox"/> Prueba clínica<br><input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos   |                   | <input type="checkbox"/> Información operativa<br><input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo<br><input type="checkbox"/> Prueba especial/terapia<br><input type="checkbox"/> Tiras de ritmo<br><input type="checkbox"/> Información de enfermería<br><input type="checkbox"/> Formularios de transferencia<br><input type="checkbox"/> Información de Emergencias |                                | <input type="checkbox"/> Resumen trabajo de parto/parto<br><input type="checkbox"/> Eval. de enfermería Obstetricia<br><input type="checkbox"/> Diagrama de flujo postparto<br><input type="checkbox"/> Factura detallada:<br><input type="checkbox"/> UB-04:<br><input type="checkbox"/> Otros:<br><input type="checkbox"/> Otros: |                                    |
| Reconozco, y por este medio, doy mi respectivo consentimiento para que lo divulgado pueda contener información sobre alcohol, abuso de drogas, información genética, psiquiatría, pruebas de VIH, resultados del VIH o información sobre el SIDA. _____ Inicial   |                   |  |                                |   |                                    |
| Entiendo que:   |                   |  |                                |   |                                    |
| 1. Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria.<br>2. Mi tratamiento, el pago, la inscripción o mi elegibilidad para beneficios no están condicionados al firmar esta autorización.<br>3. Yo puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada antes de recibir la revocación. Se pueden encontrar más detalles en el Aviso de Prácticas de Privacidad.<br>4. Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o un proveedor de servicios de salud, la información divulgada puede ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad y puede ser divulgada nuevamente.<br>5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario por un precio de copia razonable, si la pido.<br>6. Obtendré una copia de este formulario después de firmarlo.  |                   |  |                                |   |                                    |
| <b>Sección B: ¿La solicitud de PHI es para comercialización y/o implica la venta de PHI?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |                   |  |                                |   |                                    |
| En caso afirmativo, el plan de salud o el proveedor de atención médica deben completar la sección B, de lo contrario, pase a la sección C.  |                   |  |                                |   |                                    |
| ¿El destinatario recibirá una remuneración financiera a cambio de utilizar o revelar esta información?<br>En caso afirmativo, describa:   |                   |  |                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |                                    |
| ¿Puede el destinatario de la PHI intercambiar la información para obtener una remuneración financiera?  |                   |  |                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |                                    |
| <b>Sección C: Firmas</b>  |                   |  |                                |   |                                    |
| He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida como se indica.   |                   |  |                                |   |                                    |
| <b>*Firma del Paciente/Representante del Paciente:</b>  |                   |  |                                | <b>*Fecha:</b>  |                                    |
| <b>*Escriba el Nombre del Representante del Paciente:</b>   |                   |  |                                | <b>*Parentesco con el Paciente:</b>   |                                    |



\* \_\_\_\_\_  
Verificación de identificación con foto