



AUTHRELS

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Page 1 of 2

Este formulario se debe rellenar completamente para ser considerado válido.

This form must be completed in its entirety in order to be considered valid.

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: Patient Name Date of Birth

Número de expediente médico (MRN): Los últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social: Medical Record Number Last 4 digits Social Security Number

- Yo autorizo a MUSC Medical Center a divulgar/dar información a: I authorize MUSC Medical Center to disclose/release information to: Yo autorizo a MUSC Medical Center a obtener información de: I authorize MUSC Medical Center to obtain information from:

Nombre de individuo / organización: Name of Individual / Organization

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal Street Address City State Zip Code

Número de teléfono Número de fax: Correo electrónico: Phone Number Fax Number E-mail Address

El propósito de la divulgación es: Continuación del cuidado Legal Seguro Discapacidad Petición del paciente Otro Fecha(s) de servicio: The purpose of the disclosure is: Continued care Legal Insurance Disability Patient Request Other Date(s) of service:

Un "abstracto" del expediente médico se proporciona como la divulgación de información preliminar (un resumen exhaustivo de todo el expediente). Esto incluye: historial y examen físico, consultas, informes de laboratorio y radiología, resumen de alta, informes de operaciones/ procedimientos, informes del Departamento de Emergencia, informes de terapia ocupacional/física. An "abstract" of the medical record is provided as the first level of release of information (comprehensive overview of entire record). This includes: history and physical, consults, lab and radiology reports, discharge summary, operative / procedure reports, Emergency Department reports, Occupational Therapy / Physical Therapy reports.

Después de revisar la información del "abstracto," puede que se solicite la siguiente información adicional: After review of the "abstract" information, the following additional information may be requested:

- radiografías / imágenes films / images cartilla de vacunación immunization record lista de medicamentos medication list notas de evolución y de visitas physician progress note / visit notes órdenes médicas physician orders notas de enfermería nurses notes historia médica completa entire record otros other

Yo entiendo que esta información puede incluir referencias a atención psiquiátrica/psicológica, asalto sexual, abuso de drogas, resultados para todas las enfermedades infecciosas incluyendo VIH/SIDA, y/o abuso de alcohol. I understand this information may include reference to psychiatric / psychological care, sexual assault, drug abuse, results of tests for all infectious diseases including HIV / AIDS and / or alcohol abuse.

Autorizo el intercambio de información vía (marque todos los métodos preferidos): correo fax e-mail otro

I authorize the exchange of this information via (check all preferred methods): mail fax e-mail other



MUSC Health

AUTHRELS

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Page 2 of 2

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Patient Name Date of Birth

Entiendo que tengo el derecho de cancelar / revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si cancelo/revoco esta autorización deberá ser por escrito, presentando mi cancelación/revocación escrita en el Departamento de Servicios de Información Médica (Medical Records). Yo entiendo que la cancelación/revocación no aplica a la información que ya haya sido divulgada con respecto a esta autorización, como indica el *Informe de Normas de Confidencialidad*. A menos que sea cancelada o revocada, esta autorización vence/termina en un año a partir de esta fecha o _____.

Entiendo que se pudiera cobrar el costo de las copias de los expedientes médicos y de franqueo.

Entiendo que firmar esta autorización para divulgar información protegida de salud es voluntaria. Me puedo rehusar a firmar esta autorización. No necesito firmar esta autorización para recibir tratamiento. Entiendo que puedo revisar y/o copiar la información que será divulgada como se prevé en 45 CFR §164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información carga consigo la posibilidad de una divulgación no autorizada por parte de la persona u organización que la recibe. Entiendo que se me entregará una copia de esta autorización.

Se fotocopiará mi identificación y una copia será adjunta a esta autorización.

I understand that I have a right to cancel / revoke this authorization at any time. I understand that if I cancel/revoke this authorization, I must do so in writing and present my written cancellation / revocation to the Health Information Services Department (Medical Records). I understand that the cancellation / revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization, as stated in the Notice of Privacy Practices. Unless otherwise canceled / revoked, this authorization will expire/end one year from this date or _____.

I understand that fees for copies of medical records and postage fees may be charged.

I understand that authorizing the disclosure of protected health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I do not need to sign this form to receive treatment. I understand I may review and / or copy the information to be disclosed, as provided in 45 CFR §164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the possibility of unauthorized disclosure by the person / organization receiving the information. I understand I will be given a copy of this authorization.

A copy of my identification will be made and attached to this authorization.

Firma del Paciente o Representante Legal / Representante
Signature of Patient or Legal Guardian / Representative

Fecha
Date

Nombre escrito del Paciente o Representante Legal / Representante
Printed Name of Patient or Legal Guardian / Representative

Relación con el paciente, en caso de Representante Legal / Representante
Relationship to Patient, if signed by Legal Guardian / Representative

Firma del Testigo
Witness Signature

Descripción de la autoridad del representante: _____
Description of patient representative's authority (Motivo por el cual el paciente no firma)
(The reason the patient is not signing)

Para contactar la oficina de Servicios de Información Médica (Medical Records) por escrito, la dirección es: 169 Ashley Avenue / MSC 349 / Attention: Release of Information / Charleston, SC 29425-3490. Su teléfono es (843) 792-3881.

To contact Health Information Services (Medical Records) in writing, the address is: 169 Ashley Avenue / MSC 349 / Attention: Release of Information / Charleston, South Carolina 29425-3490; the phone number is (843) 792-3881.